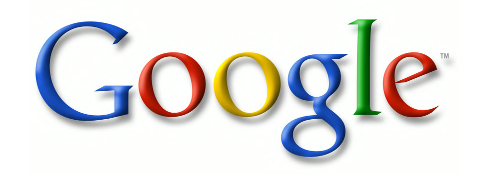
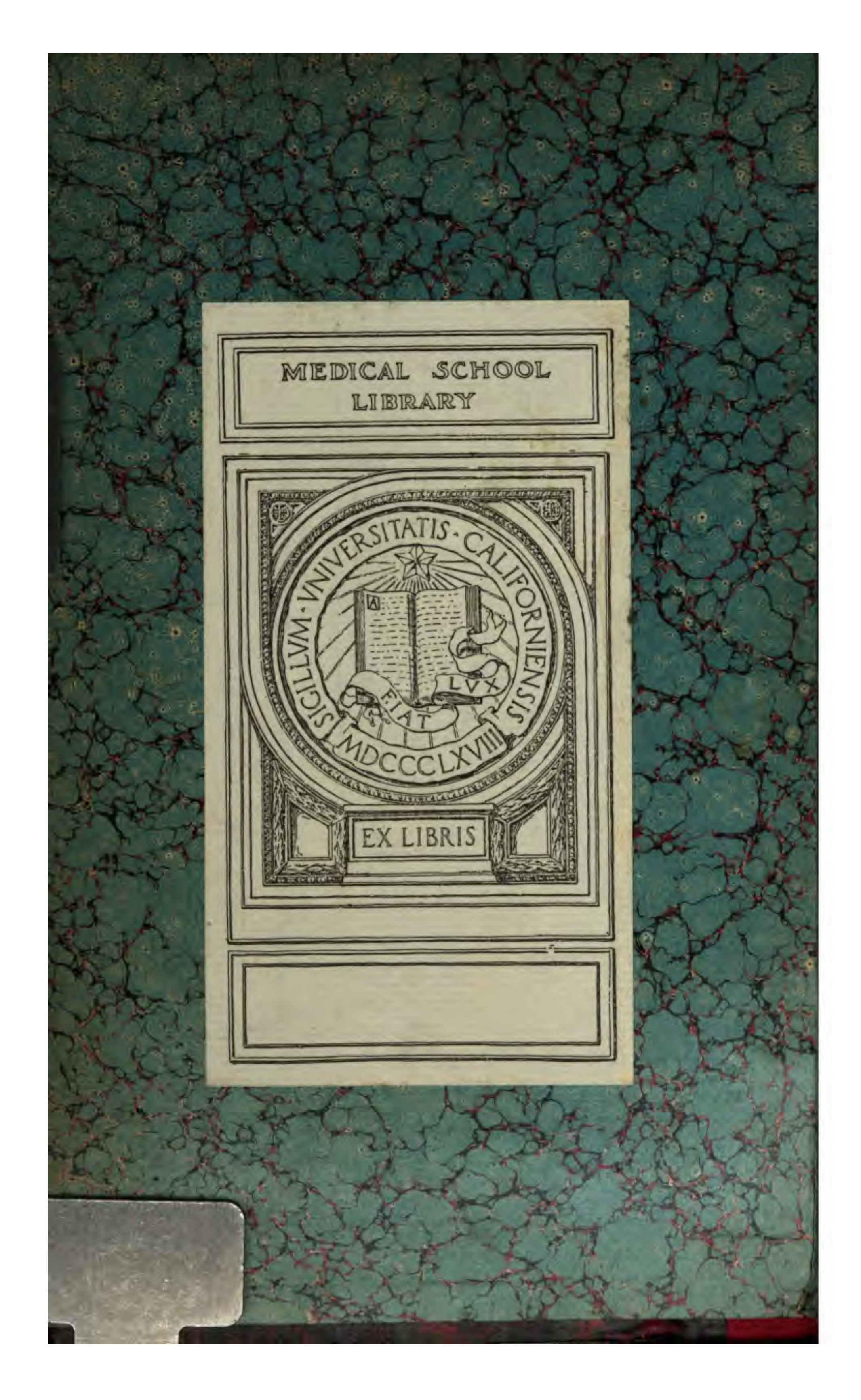
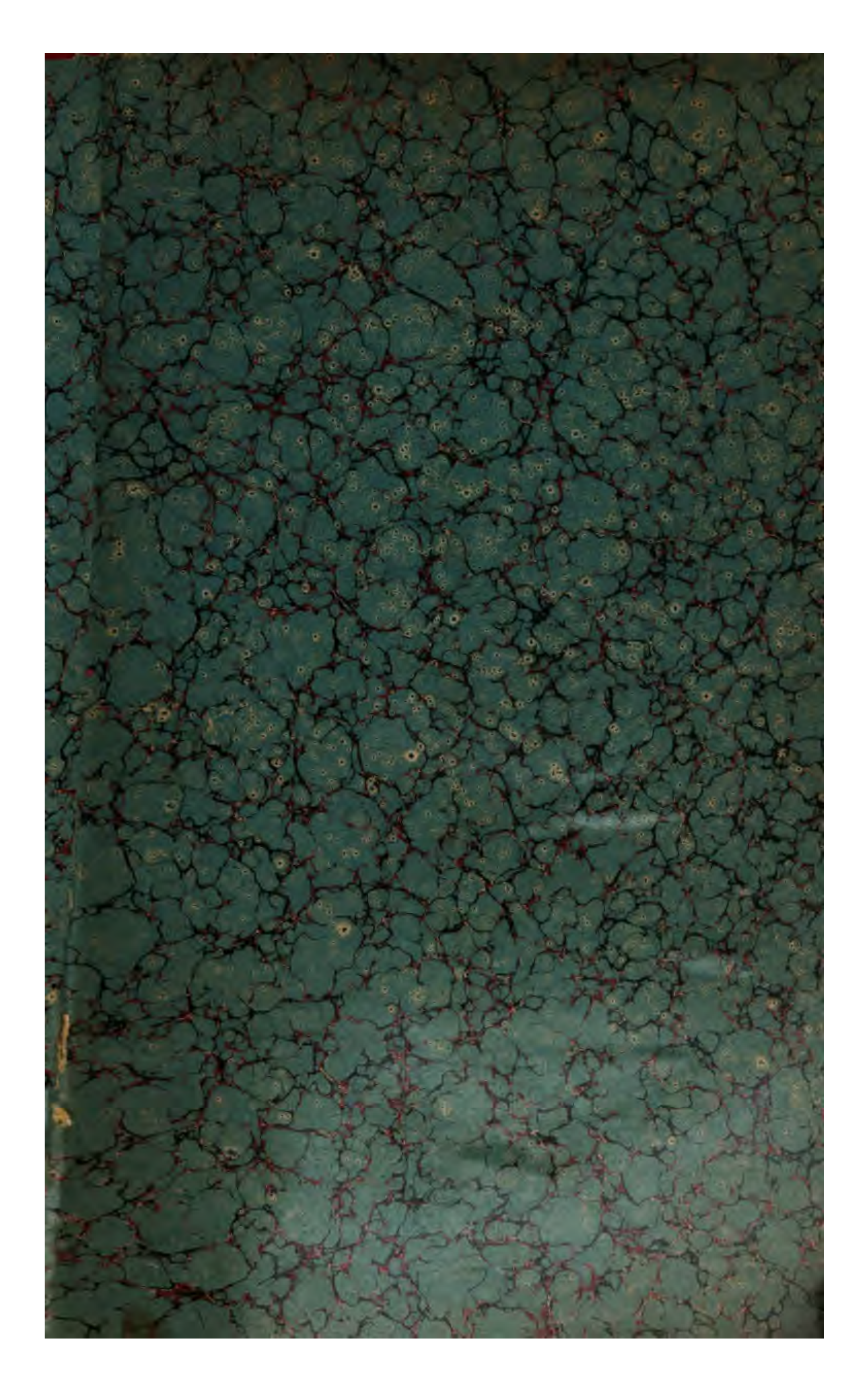



UC-NRLF
B 3 730 010


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

ARCHIVES
DE
NEUROLOGIE

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

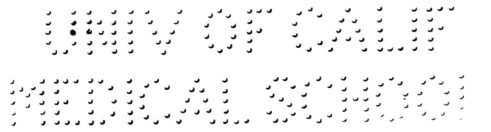
PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

Tome XV. — 1888.
Avec 6 planches et 44 figures dans le texte.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes.*

1888



Vol. XV. Janvier 1888. N° 43

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

SUR UNE DÉFORMATION PARTICULIÈRE DU TRONC CAUSÉE PAR LA SCIATIQUE;

Par le Dr J. BABINSKI, chef de clinique de la Faculté de médecine à la Salpêtrière.

Nous nous proposons d'établir dans ce travail que dans certains cas de *sciatique* il se développe une *déformation* particulière du tronc qui nous paraît avoir échappé jusqu'à présent à l'attention des observateurs. Cette déformation donne aux malades une attitude toute spéciale que notre maître M. Charcot nous semble être le premier à avoir remarquée. C'est sur un malade de sa clientèle privée que M. Charcot a observé la première fois cette déformation qu'il a représentée sur un dessin que l'on trouvera annexé à l'Observation IV. Peu de temps après se présentait à la Salpêtrière un homme atteint de sciatique et offrant la même attitude (Obs. I).

Le rapprochement de ces deux cas paraissait bien montrer qu'il y a entre la sciatique et la déformation en question non pas une simple coïncidence, mais

une véritable relation de cause à effet, et depuis, nous avons plusieurs fois vu M. Charcot, dans ses leçons cliniques, annoncer à distance chez les malades présentant ce symptôme, non seulement l'existence d'une sciatique, mais encore son siège sur tel ou tel membre. L'examen plus direct du malade confirmait ensuite de tous points le diagnostic. — M. Ballet a eu dans ces derniers temps l'occasion de rencontrer un malade de cette catégorie qu'il a présenté à la Société médicale des hôpitaux (séance du 8 juillet 1887). L'*attitude* de ces malades est, comme nous l'avons dit, toute spéciale, si bien qu'elle nous semble pouvoir être distinguée des diverses déformations que peuvent provoquer d'autres affections, telles que la coxalgie, par exemple, et qu'elle peut même servir à établir le diagnostic de la sciatique dans un cas douteux. C'est ainsi que M. Ballet n'est arrivé chez son malade à reconnaître la sciatique que grâce à la connaissance de ce caractère.

Les observations que nous publions sont au nombre de 5, dont 2 nous ont été communiquées par M. Charcot et dont les trois autres ont été recueillies par nous dans le service de notre maître à la Salpêtrière. Nous commencerons par exposer une à une chacune de ces observations en cherchant à établir qu'il s'agit réellement de sujets atteints de sciatique et que la déformation qu'ils présentent doit être mise sur le compte de cette affection. Nous essayerons ensuite par l'étude comparative de ces divers cas, de faire ressortir les caractères propres à cette déformation ainsi que sa nature,

et à la différencier des attitudes vicieuses qui pourraient être confondues avec elle et qui sont sous la dépendance d'autres causes.

Observation I.

(Voir Planche I, *fig.* 1 et 2.)

R..., trente-sept ans, pasteur, entre à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, le 15 décembre 1886.

Antécédents héréditaires. — *Mère* rhumatisante. *Père* mort d'une maladie d'estomac. *Frère* atteint de lithiase biliaire. *Deux sœurs* bien portantes.

Antécédents personnels. — Dans l'adolescence, deux fluxions de poitrine et la scarlatine. Vers l'âge de vingt-cinq ans il souffrait souvent de lumbagos et de névralgies intercostales. Depuis trois ans il habite dans le Loir-et-Cher, où il exerce la profession de pasteur. La maison qu'il habite est saine et bien située, mais il dit que sa profession l'oblige à des visites nombreuses dans des quartiers et des logements humides et malsains.

En novembre 1884 il a commencé à éprouver les premières douleurs dans la fesse et la hanche gauches, qui ont été sans cesse en augmentant et ont gagné le creux poplité, la jambe et le pied. Ces douleurs avaient les caractères suivants : elles étaient presque continues et sujettes à des exacerbations qui survenaient sous l'influence de la pression, de la fatigue, et quelquefois sans cause appréciable. Le malade a continué pourtant à vaquer à ses occupations habituelles. Vers la même époque, le malade commença à éprouver des troubles dyspeptiques ; après les repas il se sentait oppressé, somnolent, il avait des renvois, et parfois il ressentait, au moment de l'ingestion des aliments, de vives douleurs.

Un an environ après le début des douleurs du membre inférieur, la déformation du tronc, sur laquelle nous reviendrons plus loin, commença à se développer.

Divers traitements ont été essayés successivement, mais sans produire jamais autre chose qu'un soulagement momentané ; citons en particulier les vésicatoires, le massage, les pointes de feu, les douches de vapeur, les pulvérisations avec le chlorure de méthyle, l'électricité galvanique, le séjour à Aix.

Etat actuel. — Les douleurs ne sont pas continues, mais elles reparaissent assez fréquemment; elles sont profondes, contusives, durent généralement plusieurs heures de suite et parfois se présentent sous forme d'élancements apparaissant et disparaissant brusquement et rappelant les douleurs fulgurantes. Ces douleurs

se manifestent surtout quand le malade marche quelque temps ou que l'on cherche à modifier l'attitude anormale qu'il présente; s'il cherche en particulier à se coucher sur le ventre et à étendre la cuisse gauche sur le bassin, il ressent des douleurs. Le malade en éprouve aussi lorsqu'on cherche à étendre complètement la jambe sur la cuisse

On réveille les douleurs en comprimant certains points, la région sacro-iliaque, la région de l'échancrure sciatique, la partie postérieure de la cuisse le long du sciatique, la partie externe du creux du jarret, la partie postérieure de la malléole externe. La percussion de la région trochantérienne et du talon, lorsque le membre inférieur est étendu, ne provoque pas de douleurs. La flexion, l'abduction, l'adduction et la rotation de la cuisse sur le bassin peuvent être effectués sans souffrance.

Lorsque le malade est debout, il présente une attitude toute particulière : le tronc est incliné à droite du côté opposé à la cuisse où siège la douleur, de telle façon que le corps porte davantage sur le membre inférieur droit ; outre l'inclinaison latérale, on observe encore une légère flexion du tronc sur le bassin et un certain degré de rotation du tronc sur son axe vertical, en vertu de laquelle l'épaule droite est située sur un plan antérieur à celui de l'épaule gauche. Les deux épaules sont situées à peu près à la même hauteur. La crête iliaque gauche est plus élevée de deux ou trois travers de doigt que celle du côté droit. On observe au-dessus de la crête iliaque droite plusieurs plis de la peau dirigés transversalement et correspondant à l'inclinaison latérale du tronc et le rebord costal droit est très rapproché de cette crête.

Si l'on examine le dos du malade on constate que la colonne vertébrale présente deux courbures, l'une occupant la région lombaire à concavité droite, l'autre dans la région dorsale et à concavité gauche. La plante des pieds porte à terre de deux côtés, mais appuie davantage à droite. La jambe droite est légèrement fléchie sur la cuisse. Cette déformation du tronc ne peut être modifiée, car, dès que l'on cherche à redresser le malade, il éprouve de la douleur et l'on sent une résistance qui paraît difficile à vaincre. Dans le lit, la déviation du tronc ne disparaît pas non plus ; l'inclinaison latérale du tronc persiste quand le malade est couché sur le dos et la cuisse gauche est fléchie sur le bassin ; il est impossible au malade, en raison de la flexion du tronc sur le bassin de s'étendre sur le ventre, et même en faisant des efforts et en endurant des souffrances, il ne peut arriver à prendre, ne serait-ce que temporairement, l'attitude normale.

Revenons au membre inférieur gauche, siège des douleurs. Les téguments ne présentent aucune modification; on ne constate ni d'éruption d'aucune sorte ni de troubles vaso-moteurs. Il y a un

certain degré d'amyotrophie. Voici le résultat des mensurations :

	A DROITE	A GAUCHE
Circonférence maxima de la jambe............	34 c.	33 c.
Circonférence de la cuisse à 15 centimètres au-dessus de la rotule...........................	46	44
Circonférence de la cuisse à 20 centimètres au-dessus de la rotule...........................	50	48

L'amyotrophie est simple, pas de secousses fibrillaires et pas de réaction de dégénérescence.

Les *réflexes cutanés* et la sensibilité sont semblables des deux côtés et normaux. Aucun trouble viscéral, sauf la dyspepsie, dont nous avons parlé plus haut, et dont le malade n'est pas guéri. Le malade quitte l'hôpital trois jours après son entrée et retourne en province. Il est mort quinze jours après avoir quitté la Salpêtrière, d'une hématémèse.

Il ne nous paraît pas douteux qu'il s'agisse là d'un cas de sciatique. Les douleurs fulgurantes que nous avons relevées, jointes aux douleurs gastriques, avaient fait faire à un médecin le diagnostic d'ataxie locomotrice; mais il nous semble que cette hypothèse ne peut guère être soutenue; les douleurs gastriques, en effet, ne présentent aucunement les caractères des crises gastriques des tabétiques et se rapportent plutôt à une affection organique de l'estomac; du reste, l'hématémèse foudroyante qui a amené la mort du malade porte, de son côté, à penser qu'il était atteint d'un ulcère de l'estomac, cause des douleurs gastriques qui paraissent ainsi absolument indépendantes des douleurs localisées dans le membre inférieur. — Ajoutons, enfin, qu'il n'y a, chez ce malade, aucun autre symptôme de tabes.

La distinction entre la sciatique et la coxalgie est parfois assez délicate, comme on le sait, et des erreurs de diagnostic sont, à ce sujet, fréquemment



commises. Dans le cas présent, pourrait-il en être ainsi? Assurément non, car les caractères positifs et négatifs relevés dans le cours de l'observation sont, nous semble-t-il, tout à fait concluants : il suffit de se rappeler, en particulier, d'une part, que la percussion de la région trochantérienne et du talon, lorsque le membre inférieur est étendu, ne provoque pas de douleurs, que la flexion, l'abduction, l'adduction et la rotation de la cuisse sur le bassin peuvent être effectuées sans souffrance, et, d'autre part, que la pression, sur certains points particuliers, tels que la région sacro-iliaque, la région de l'échancrure sciatique, la partie postérieure de la cuisse le long du sciatique, la partie externe du creux du jarret, la partie postérieure de la malléole externe fait apparaître des douleurs. Quant à la déformation, elle s'est développée après le début de la sciatique, et il ne nous paraît pas discutable qu'elle doive être mise sur le compte de cette affection.

Observation II.

(Voir Planche II, *fig.* 1 et 2.)

L..., trente-cinq ans, cordonnier, entré le 25 janvier 1887 à la Salpêtrière, salle Bouvier, numéro 4, dans le service de M. Charcot.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de trois ans. A l'âge de six ans, fluxion de poitrine. Bonne santé générale pendant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. En 1870, il est soigné pendant un mois et demi à l'hôpital de Metz pour une fièvre muqueuse, à la suite de laquelle il souffre pendant trois mois de diarrhée avec coliques. Depuis cette époque il est sujet à des coliques, surtout pendant l'automne. Depuis quatre ou cinq ans, il contracte des bronchites tous les hivers; lorsqu'il est enrhumé, il est souvent pris de céphalalgie. Depuis le même temps, il est devenu chauve. Il n'est ni syphilitique, ni alcoolique. Depuis trois ans, il exerce sa profession de cordonnier, au rez-de-chaussée,

dans un logement carrelé et humide, où les papiers sont décollés du mur par l'humidité ; il y passe neuf à dix heures par jour.

Il y a quatre mois et demi (octobre 1886), il est resté pendant une heure dans une cave humide pour mettre du vin en bouteilles ; deux ou trois heures après, il ressentit des picotements douloureux dans la région fessière gauche. Ces douleurs étaient continues, mais cependant supportables, et pendant un mois et demi le malade continua son travail. Les douleurs devinrent ensuite plus intenses et se firent sentir non seulement à la fesse, mais encore tout autour de la hanche, à la partie postérieure de la cuisse et dans le jarret ; il est alors obligé de se coucher, ne peut plus remuer le membre inférieur gauche, et le poids même de couvertures est douloureux ; il fait des frictions à l'alcool camphré.

A la fin de décembre 1886, les douleurs persistant, il va à la consultation de la Pitié ; on lui fait une seule pulvérisation de chlorure de méthyle qui lui enlève complètement la douleur de la fesse et celle du jarret. Mais il continue à souffrir autour de la hanche et en avant de la malléole externe, d'où les douleurs gagnent la partie antéro-interne de la jambe et la partie postérieure de la cuisse. Il applique alors deux vésicatoires, puis trois rangées de pointes de feu le long de la partie postérieure de la cuisse, puis quatre nouveaux vésicatoires en divers points du trajet du nerf sciatique. Tous ces révulsifs ont un peu calmé les douleurs, mais sans les supprimer. C'est alors qu'il entre à la Salpêtrière le 23 janvier 1887.

Etat actuel. — Le malade ressent dans le membre inférieur gauche, le long du nerf sciatique, une douleur sourde et continue, qui devient plus intense quand il marche ou qu'il reste quelque temps assis. La douleur se fait sentir à la fesse, à la partie postérieure de la cuisse jusque dans le creux poplité, le long de la partie antéro-externe de la jambe jusqu'à la partie postérieure de la région dorsale du pied. La pression exagère la douleur aux points fessier, trochantérien, poplité, péronier et dorsal du pied.

Les douleurs irradient dans la région crurale antéro-supérieure en dedans et en dehors, au niveau du muscle droit interne en dedans, et du tenseur du fascia lata en dehors, le long des nerfs genito-crural et fémoro-cutané. Les mouvements actifs et passifs de l'articulation de la hanche provoquent quelques douleurs dans la fesse et au niveau du pli inguinal, mais ils sont tous aussi étendus que du côté opposé. Le malade n'éprouve pas de souffrances lorsqu'on percute le grand trochanter ou que l'on presse sur le talon, après avoir fait étendre la jambe.

Quand le malade est debout, on constate qu'il repose surtout sur le membre droit et que le tronc est fortement incliné à droite et légèrement fléchi sur le bassin. L'épaule droite est plus élevée



que la gauche. Le rebord costal droit est rapproché de la crête iliaque. La colonne vertébrale présente deux courbures latérales, l'une inférieure, à concavité droite, l'autre supérieure, à concavité gauche. La plante des pieds repose des deux côtés sur le sol. On ne peut pas modifier cette attitude et la déformation du tronc persiste quand le malade est au lit ; le malade ne peut se coucher sur le ventre, et quand il est sur le dos, la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse. La déformation que nous venons d'indiquer a commencé à se développer deux mois après le début des douleurs. Le malade souffre quand dans la marche le membre inférieur gauche vient poser sur le sol ; il marche plus facilement avec une canne qu'il tient du côté droit, c'est-à-dire du côté sain. Du côté des téguments, il n'y a pas de trouble trophique, mais les muscles du membre inférieur gauche sont un peu atrophiés. — L'amyotrophie est surtout accentuée à la fesse et à la cuisse. Voici les résultats de la mensuration :

	A DROITE	A GAUCHE
	—	—
Circonférence maxima de la jambe............	35,5 c.	34 c.
Circonférence de la cuisse à 15 centimètres au-dessus de la rotule.....	45	43
Circonférence de la cuisse à 25 centimètres au-dessus de la rotule..........................	54	51

L'*amyotrophie* est simple, pas de secousses fibrillaires et pas de réaction de dégénérescence. La *sensibilité* et les réflexes tendineux sont égaux des deux côtés et normaux. L'*état général* est bon. Les viscères thoraciques et abdominaux paraissent normaux.

Le malade reste vingt jours à l'hôpital, et, pendant ce temps, on lui donne chaque jour un gramme d'acétanilide. Il sort le 16 février 1887. Les douleurs sont moins fortes qu'à son entrée et la déformation un peu moins accentuée.

Il est facile, pensons-nous, d'établir que le malade qui fait le sujet de cette observation est bien atteint de sciatique. On ne pourrait guère, dans ce cas, hésiter, au point de vue du diagnostic, qu'entre cette affection et la coxalgie. Or, nous pouvons relever quelques signes qui permettent de trancher la question. La douleur est ressentie sur le trajet du sciatique, elle est exagérée par la pression sur les points fessier,

trochantérien, poplité, péronier et dorsal du pied. D'autre part, les mouvements actifs et passifs de l'articulation de la hanche sont tout aussi étendus du côté malade que du côté opposé, et le malade n'éprouve pas de douleurs lorsqu'on percute le grand trochanter ou que l'on presse sur le talon après avoir fait étendre la jambe. Les différents caractères que nous venons d'énumérer suffisent à éliminer l'hypothèse de coxalgie et à établir le diagnostic de sciatique. La déformation s'est développée après l'apparition des douleurs et elle est liée manifestement à la sciatique.

Observation III.

(Voir Planche III, *fig.* 1 et 2.)

M..., trente et un ans, marchande de journaux, vient à la Salpêtrière à la consultation de M. Charcot, le 22 juillet 1887.

Antécédents héréditaires. — *Père* mort à cinquante-deux ans d'entérite, dit la malade.— *Mère* vit et se porte bien. — *Un frère* est très nerveux, a souvent des cauchemars la nuit, se lève parfois et marche tout endormi. — *Grand'mère maternelle* morte à quatre-vingt-huit ans; elle était paralysée depuis trois ans. — *Un oncle paternel* a eu un accès de folie furieuse.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été très nerveuse. Elle a eu trois enfants, dont deux morts de convulsions. L'aînée vit ; c'est une petite fille de treize ans qui est bien portante, mais très nerveuse. La malade tousse un peu tous les hivers.

La douleur dont souffre actuellement la malade a débuté il y a trois mois : elle éprouva une nuit une sensation d'engourdissement dans tout le membre inférieur droit, puis des douleurs très vives le long du trajet du nerf sciatique droit. Le lendemain du jour où ont débuté ces douleurs, elle prend un bain très chaud, au sortir duquel les douleurs névralgiques deviennent excessivement intenses et la malade tient le tronc fortement incliné du côté gauche. Elle assure qu'elle se tenait parfaitement droite avant le début de l'affection. Elle garde la chambre

huit ou dix jours, éprouve au bout de ce temps une légère amélioration, dont elle profite pour aller, quoiqu'elle souffre encore beaucoup en marchant, à la consultation de l'hôpital Necker (fin du mois d'avril 1887) : là, on lui fait, à trois reprises, des pulvérisations de chlorure de méthyle, mais sans obtenir aucune amélioration. Elle va ensuite consulter le Dr Kismisson, qui lui ordonne des douches de vapeur : elle en prend dix-sept. En même temps, dans le service du professeur Ball, on l'électrise avec des courants induits et on lui fait deux injections hypodermiques d'antipyrine. Insensiblement, il y a eu, depuis trois semaines, une légère amélioration : les douleurs sont devenues un peu moins vives et la marche plus facile.

Etat actuel (22 juillet 1887). — La malade souffre encore beaucoup tout le long du trajet de son nerf sciatique droit : la douleur se fait sentir depuis la malléole externe jusque dans la région lombaire et n'occupe pas du tout le pied ; elle est continue et sourde, mais très violemment exaspérée par le moindre mouvement du tronc, le rire, la toux. La marche augmente aussi la douleur.

Les mouvements provoqués des articulations du cou-de-pied et du genou droits, sauf l'extension de la jambe sur la cuisse, qui fait souffrir la malade, n'exaspèrent que très peu la douleur ; il en est de même de la flexion, de l'extension et de l'adduction de la cuisse droite ; l'abduction de la cuisse est un peu douloureuse ; mais ce mouvement peut être aussi étendu de ce côté que du côté opposé. La pression sur les points ischiatique et poplité provoque de la douleur. Lorsque la malade est assise, elle ne repose que sur la fesse gauche. Lorsque la malade est debout, son attitude est la suivante : elle est penchée un peu en avant, mais ce qui domine, c'est l'inclinaison latérale ; le tronc est fortement incliné à gauche sur le membre inférieur correspondant ; l'épaule droite est un peu plus élevée que la gauche ; il en est de même de la crête iliaque droite par rapport à la crête iliaque gauche.

Dans la station, le malade repose presque exclusivement sur le membre inférieur gauche ; cependant la plante du pied droit est dans toute son étendue en contact intime avec le sol ; on ne pourrait placer aucun corps étranger, pas même une feuille de papier, entre le sol et le talon ou la pointe du pied droit.

La malade étant debout, les talons écartés l'un de l'autre de dix centimètres, un fil à plomb, dont l'extrémité supérieure est placée au niveau de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale, tombe par son extrémité inférieure au niveau du talon gauche. — La colonne vertébrale présente une double courbure latérale, l'une inférieure à concavité gauche, l'autre supérieure à concavité droite.

Si l'on cherche à modifier l'attitude de la malade, elle éprouve

de la souffrance. Mais elle dit que l'inclinaison n'est pas toujours également marquée : c'est ainsi que le matin à son réveil, alors qu'elle est reposée, elle est moins inclinée que vers la fin de la journée.

Le membre atteint ne présente pas d'autres troubles : la sensibilité est normale; il n'y a pas d'amyotrophie, pas de phénomènes vaso-moteurs. — Rien du côté des viscères. — On conseille à la malade de continuer les bains de vapeur et on lui fait prendre 1 gr. 50 d'acétanilide par jour.

La malade revient quinze jours après. Les douleurs sont bien moins fortes; la déformation est moins accentuée qu'au début, mais elle existe encore.

Nous ne pourrions, à propos de cette observation, que répéter ce que nous avons dit au sujet des deux observations précédentes. Pour des motifs analogues à ceux que nous avons invoqués, le diagnostic de sciatique s'impose, et il suffit de lire attentivement l'observation pour ne conserver aucun doute à cet égard. La déformation est aussi, comme dans les cas précédents, manifestement sous la dépendance de la sciatique.

Les deux observations succinctes qui suivent se rapportent à deux malades qui ont été examinés par M. Charcot en consultation. L'un de ces deux cas est celui qui a attiré la première fois l'attention de mon maître sur cette déformation de la sciatique. M. Charcot a pris brièvement quelques notes sur ces malades et en a fait des croquis que nous reproduisons ici, qui font voir les caractères essentiels de la déformation qu'ils présentaient.

Observation IV.

Malade examiné le 5 septembre 1886.

Sciatique gauche remontant à dix-huit mois. Inclinaison remarquable du tronc du côté opposé. Diminution des réflexes tendi-

neux du côté gauche. Léger amaigrissement du membre inférieur gauche.

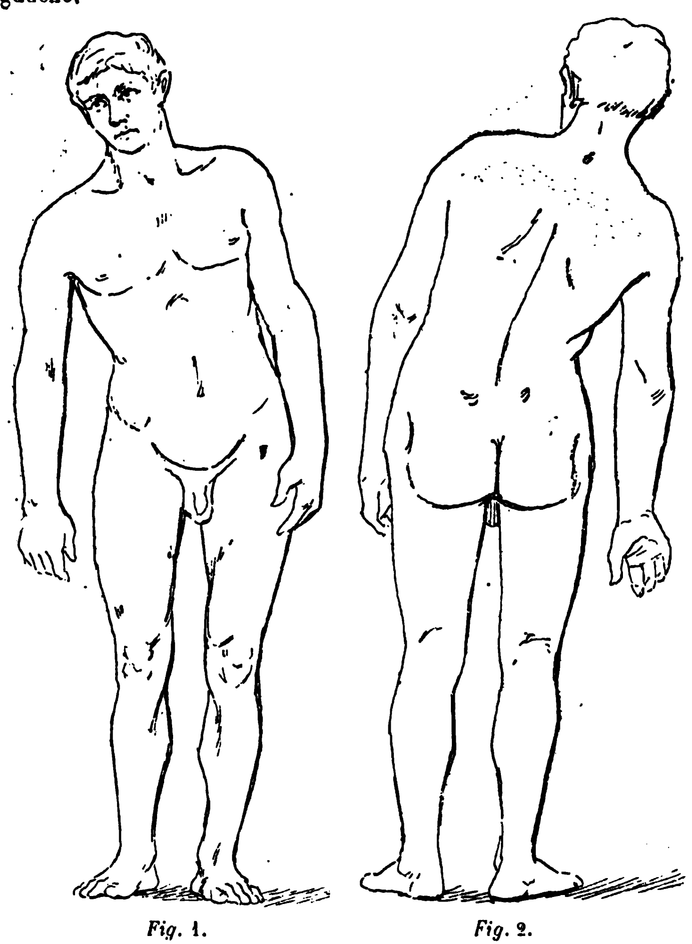


Fig. 1. *Fig.* 2.

OBSERVATION V.

Malade âgé de quarante-sept ans et demi, examiné le 8 décembre 1886. C'est un amateur de pêche qui s'est souvent exposé à l'humidité. Sciatique gauche. Début remontant à un an. Douleurs intenses depuis trois mois et déformation depuis cette

époque. Le tronc est incliné à droite. Le rebord costal droit touche la crête illiaque correspondante. Les deux pieds portent à terre dans toute leur étendue. Il y a une légère amyotrophie du membre inférieur gauche.

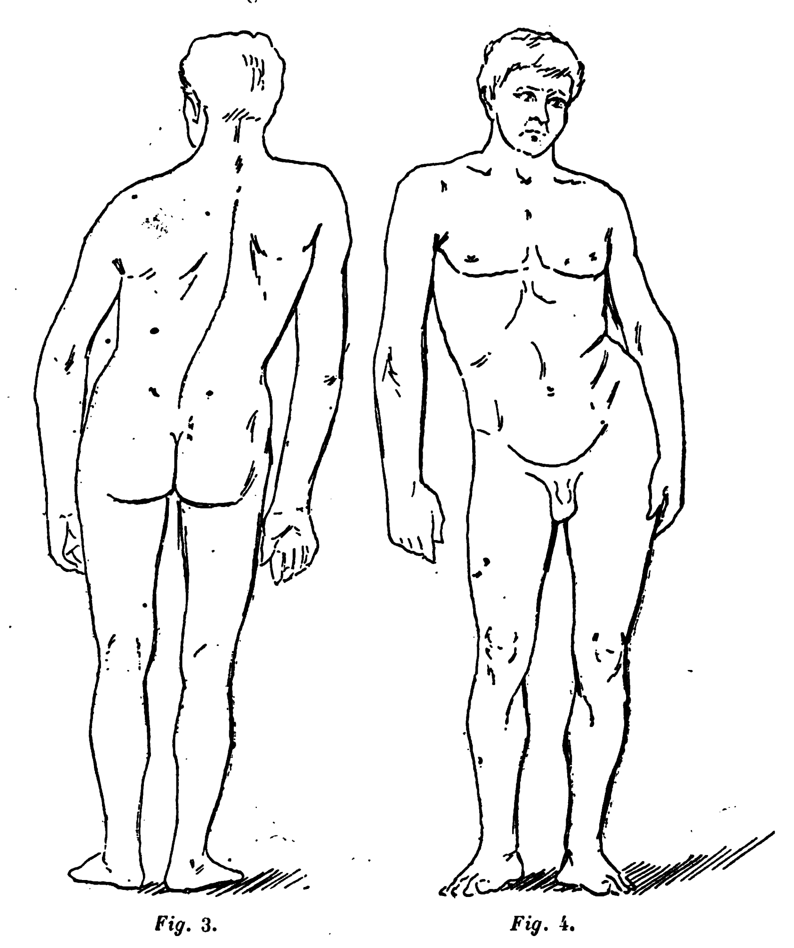


Fig. 3. *Fig.* 4.

Ces deux dernières observations sont évidemment trop brèves pour qu'il soit possible d'établir avec rigueur, au moyen des symptômes consignés, le dia-

gnostic de sciatique. — Mais est-il besoin de faire remarquer que le diagnostic ayant été porté par M. Charcot, après examen attentif, ne peut être mis en doute?

Nous croyons avoir établi que les observations précitées ont bien trait à l'affection connue sous le nom de sciatique et que la déformation présentée par les malades est sous sa dépendance. Nous devons chercher actuellement, par l'étude comparative de ces observations, à voir si l'attitude anormale que nous avons signalée a quelques caractères constants et si elle peut être différenciée des déformations que l'on peut rencontrer dans d'autres affections, entre autres dans la coxalgie. Les anomalies que nous avons signalées en décrivant l'attitude de nos malades portent, comme on l'a vu, sur diverses parties du corps, et nous avons indiqué tour à tour la position occupée par les épaules, le thorax, l'abdomen, le bassin, les membres inférieurs.

Occupons-nous d'abord de la situation des épaules. — Dans l'Observation I (sciatique gauche), l'épaule droite est située sur un plan antérieur à celui de l'épaule gauche, et les deux épaules sont à peu près à la même hauteur. — Dans l'Observation II (sciatique gauche), l'épaule droite est plus élevée que la gauche; aucune autre modification. — Dans l'Observation III (sciatique droite), l'épaule droite est un peu plus élevée que la gauche. — Dans l'Observation IV (sciatique gauche), le dessin montre que l'épaule gauche est plus élevée que la droite. — Dans l'Observation V (sciatique gauche), le dessin fait voir que l'épaule droite est plus élevée que la gauche.

Ainsi donc, ce n'est que dans l'OBSERVATION I que se trouve indiquée la situation d'une épaule sur un plan antérieur à celui de l'épaule opposée, et, d'autre part, l'épaule du côté malade est, dans un cas, sur le même niveau que l'épaule du côté opposé; dans deux cas, l'épaule du côté malade est plus élevée que du côté sain, et, dans deux autres cas, c'est la disposition inverse qui s'observe. Aussi, en ce qui concerne la situation de l'épaule, on ne peut établir aucune règle, et nous devons chercher ailleurs la caractéristique de la déformation.

Etudions maintenant l'attitude du tronc et du bassin. Dans l'OBSERVATION I (sciatique gauche) le tronc est incliné à droite et il est en même temps légèrement fléchi sur le bassin.

Au-dessus de la crête iliaque droite, on observe plusieurs plis de la peau dirigés transversalement, et le rebord costal droit est très rapproché de cette crête. La crête iliaque gauche est plus élevée de deux ou trois travers de doigt que celle du côté opposé. La colonne vertébrale, présente deux courbures, l'une inférieure occupant la région lombaire, à concavité droite, l'autre supérieure, dans la région dorsale et à concavité gauche. Dans l'OBSERVATION II (sciatique gauche) le tronc est fortement incliné à droite et fléchi sur le bassin. Le rebord costal droit est rapproché de la crête iliaque. La colonne vertébrale présente deux courbures latérales, l'une inférieure à concavité droite, l'autre supérieure, à concavité gauche. Dans l'OBSERVATION III (sciatique droite) la malade est un peu penchée en avant, mais ce qui domine c'est l'inclinaison latérale; le tronc est

fortement incliné à gauche. La crête iliaque droite est située sur un niveau plus élevé que la crête du côté opposé. La colonne vertébrale présente une double courbe latérale, l'une inférieure à concavité gauche, l'autre supérieure à concavité droite. Dans les Observations IV et V (sciatiques gauches), on voit d'après les *fig.* 1, 2, 3 et 4 que le tronc est fortement incliné du côté droit et que le rebord costal droit est très rapproché de la crête iliaque. On observe aussi sur les deux dessins une double courbure latérale, l'une inférieure à concavité droite, l'autre supérieure à concavité gauche.

On peut constater facilement par l'étude comparative de ces cinq cas, que la situation du tronc est toujours la même dans ses principaux traits. En effet, dans toutes les observations, on note que le tronc est incliné du côté opposé à celui où siège la sciatique, et que le rebord costal du côté où le tronc est incliné est très rapproché de la crête iliaque. La déviation de la colonne vertébrale est aussi toujours la même ; on note constamment une double déviation latérale, l'une inférieure correspondant à la région lombaire à convexité tournée du côté de la sciatique, l'autre supérieure correspondant à la région dorsale à convexité tournée en sens inverse. La flexion du tronc sur le bassin est notée dans les trois premières observations. Il est impossible de voir sur les croquis se rapportant aux deux dernières observations s'il y existe la même disposition. Pour ce motif je ne puis attacher à cette particularité l'importance que j'ai attribuée aux caractères précédents. La crête iliaque dans les Observations I et III est située sur un niveau plus élevé du côté malade que du côté opposé. La disposi-

tion relative des deux crêtes iliaques n'est pas mentionnée dans les autres observations ; il est vraisemblable qu'elle était semblable à celle qui a été notée dans les deux cas où l'attention a été dirigée de ce côté, car l'élévation de la crête iliaque du côté malade doit être sous la dépendance de l'inclinaison du tronc en sens opposé. Mais s'il en est ainsi, ce n'est là qu'une disposition accessoire et nous pouvons ne pas en tenir compte.

Il nous reste à considérer l'attitude des membres inférieurs. Dans l'Observation I (sciatique gauche) la jambe droite est légèrement fléchie sur la cuisse, et la plante des pieds porte à terre de deux côtés mais appuie davantage à droite. Dans l'Observation II il est noté que la plante des pieds repose des deux côtés sur le sol. Dans l'Observation III on remarque que le malade repose presque exclusivement sur le membre inférieur gauche, mais la plante du pied droit est dans toute son étendue en contact intime avec le sol ; on ne pourrait placer aucun corps étranger, pas même une feuille de papier, entre le sol et le talon ou la pointe du pied droit (il s'agit d'une sciatique droite). Dans l'Observation V les deux pieds portent à terre dans toute leur étendue. Dans l'Observation IV il n'est pas fait mention de l'état du pied. En somme, comme on le voit dans toutes les observations où l'attention a été dirigée de ce côté, on a constaté que le pied du côté malade, quoique appuyant sur le sol avec moins de force que celui du côté opposé, était néanmoins en contact intime avec lui. Il s'agit donc là d'un caractère constant qui nous paraît avoir une assez grande importance.

Nous venons de voir les signes qui caractérisent la déformation de la sciatique lorsque le malade se tient débout. Nous devons encore l'étudier à d'autres points de vue.

Dans les trois premières observations il est noté qu'il est impossible de modifier l'attitude en cherchant à imprimer au tronc des mouvements passifs, et que la déformation persiste lorsque le malade est couché.

Il serait intéressant de savoir ce que cette déformation devient pendant le sommeil et sous l'influence de la chloroformisation; mais nous avons négligé de faire ces recherches et nous ne pouvons pas, par conséquent, répondre à ces questions.

Nos observations ne peuvent nous donner des notions complètes sur l'évolution de cette déformation et en particulier sur son mode de terminaison, car nous n'avons pas pu suivre les malades assez longtemps.

Voici les quelques renseignements qu'elles nous donnent à cet égard. Dans l'Observation I la déformation du tronc commença à se développer un an environ après l'apparition des douleurs. Dans l'Observation II, deux mois après le début de la sciatique alors que les souffrances devenaient plus fortes, la déformation apparaissait. Dans l'Observation III il est noté que le lendemain du jour où l'affection a debuté, les douleurs névralgiques sont excessivement intenses, et la malade tient le tronc fortement incliné du côté gauche. Dans l'Observation V la déformation ne s'est développée que neuf mois après le début de la sciatique, en même temps que les douleurs devenaient plus intenses.

Comme on le voit, la date de l'apparition de la déformation par rapport au moment où la sciatique commence à se développer est très variable; c'est un an, neuf mois, vingt-quatre heures après le début de l'affection que l'inclinaison du tronc peut être constatée.

Ainsi donc le développement de la déformation n'est pas lié à la durée de la sciatique, mais il semble être sous la dépendance de l'intensité des douleurs; on peut remarquer en effet, de la façon la plus nette, que dans trois de nos observations l'attitude vicieuse a apparu en même temps que les souffrances devenaient très fortes.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que la déformation ne présente pas toujours le même degré d'intensité aux divers moments de la journée. C'est ainsi que dans l'Observation III la malade est moins inclinée le matin à son réveil, alors qu'elle est reposée, que vers la fin de la journée.

En ce qui concerne l'évolution ultérieure de cette déformation, il nous est impossible de donner d'indications précises. Nous pouvons dire seulement qu'elle est susceptible de s'atténuer lorsque les douleurs deviennent moins fortes. En effet, dans l'Observation II, il est noté qu'à la sortie de l'hôpital, vingt jours après l'entrée, les douleurs sont moins intenses et la déformation un peu moins accentuée. Chez la malade qui fait le sujet de l'Observation III, il en a été de même; quinze jours après le moment où elle s'est présentée pour la première fois à l'hôpital, les douleurs avaient notablement diminué et la déformation était moins accentuée qu'au début.

Cette déformation peut-elle disparaître complètement? Il y a tout lieu de croire que, dans certains cas au moins, ce mode de terminaison est possible, mais cette opinion n'est pas basée, pour le moment, sur des faits précis.

Nous devons, maintenant, chercher à déterminer la cause et la nature de cette déformation. Il faut tout d'abord remarquer que cette déformation est loin d'être constante dans la sciatique, et même si l'on considère qu'elle n'a pas été encore signalée par les pathologistes, on doit être porté à croire qu'il s'agit là d'une exception. Il nous semble, toutefois, qu'il est bon de ne pas encore se prononcer à ce point de vue. On sait, en effet, que, lorsque l'attention n'a pas été préalablement mise en éveil, bien des choses passent inaperçues, alors qu'elles semblent manifestes à un observateur prévenu.

D'autre part, il est vraisemblable, sinon certain, que, dans bien des cas, l'attitude vicieuse dont nous nous occupons existe, tout en étant moins accentuée que chez les malades dont nous avons rapporté les observations. Or, il est indispensable, pour percevoir nettement une pareille déformation, lorsqu'elle est légère, d'examiner le malade tout nu, et l'on n'a guère l'habitude, surtout lorsqu'il s'agit de femmes, de faire l'examen dans ces conditions; c'est ce qu'il faudra faire désormais, si l'on veut déterminer son degré de fréquence. M. Charcot insiste, dans ses cliniques, sur l'importance, en neuropathologie, de ce genre d'examen. Il est vrai que celui-ci exige, pour être vraiment fructueux, des connaissances relatives à l'anatomie des formes du corps humain, plus étendues et plus

profondes que ne le sont celles que possèdent les médecins pour la plupart.

Est-il possible de dire pourquoi cette déformation atteint certains sujets et épargne les autres? On pourrait répondre qu'il doit en être de cela comme de beaucoup d'autres états morbides qui ne se développent que sur certains terrains. Il est, en effet, tout naturel d'admettre que, sous l'influence d'une même excitation, la réaction puisse être différente suivant le sujet, et que le tronc s'incline chez un individu, reste dans la rectitude chez l'autre, alors qu'ils sont tous deux atteints de sciatique de même intensité. — Mais on peut aussi se demander si cette déformation n'est pas tout simplement l'apanage des sciatiques intenses, car nos observations se rapportent à des cas de sciatique de cette catégorie. Le membre affecté présente, chez la plupart de nos malades, un peu d'amyotrophie, et la déformation s'est développée lorsque les douleurs sont devenues violentes. Nous avons déjà relevé plus haut cette particularité, et il nous semble certain que l'élément douleur joue, dans la production de cette attitude anormale, un rôle prépondérant, sinon exclusif. — Il est, du reste, facile de concevoir comment la douleur de la sciatique peut amener ce résultat. En effet, lorsque le tronc est incliné, comme on l'a vu, tout le poids du corps porte presque uniquement sur le membre sain, et la compression normale, que le nerf sciatique doit subir, lorsque les muscles du membre inférieur entrent en contraction, est supprimée dans le membre malade par suite du relâchement de ses muscles. D'autre part, le malade, tout en évitant d'exercer une pression du côté affecté, laisse son pied

complètement appliqué sur le sol, car le soulèvement du membre amènerait un tiraillement du nerf qui serait suivi de douleurs. Il nous semble qu'on peut comprendre ainsi le mécanisme de cette attitude toute spéciale, *dont les caractères essentiels sont l'inclinaison du tronc du côté opposé à la sciatique et l'absence complète de soulèvement du pied du côté malade.* Il s'agit donc là simplement d'un mouvement instinctif effectué dans le but d'atténuer la souffrance, et l'inclinaison est, par conséquent, due, au début, à une contraction musculaire qui doit cesser lorsque le malade se met dans la position horizontale. Mais, à la longue, sous l'influence de l'habitude que le malade contracte d'incliner son tronc, il se développe sans doute un état spasmodique des muscles, qui n'est plus susceptible de se modifier d'un instant à l'autre, et c'est ce qui fait que, même dans la position horizontale, comme on l'a vu dans nos observations, les malades ne peuvent modifier leur attitude vicieuse. Enfin, on peut aussi très bien admettre que, chez certains sujets prédisposés, il se forme, après un laps de temps plus ou moins long, comme dans quelques cas de contracture ou de paralysie, des rétractions fibreuses[1]. S'il en est ainsi, la déformation deviendrait évidemment, chez ces malades, indélébile, même si la sciatique venait à disparaître.

Nous avons signalé la double déviation de la colonne vertébrale qui est notée dans toutes nos obser-

[1] Voir *Bulletin médical*, N° 7, I An. « Rétractions fibro-tendineuses dans les paralysies spasmodiques par lésions organiques spinales et dans la contracture spasmodique hystérique ». Leçon de M. Charcot recueillie par M. Babinski.

vations. La courbure inférieure lombaire présente sa concavité tournée dans le même sens que l'inclinaison du tronc, et elle est sous sa dépendance ; quant à la courbure supérieure dorsale, elle est tournée en sens inverse, et c'est une courbure de compensation. Il n'y a pas donc lieu de s'arrêter sur ce point.

Il nous reste maintenant à établir le diagnostic différentiel de la déformation que nous venons d'étudier. Il nous paraît inutile d'établir un parallèle entre cette déformation et celles qui peuvent être consécutives au mal de Pott, aux fractures de la colonne vertébrale, au rachitisme. — Parfois, les hystériques présentent une déviation du tronc qui ressemble un peu à celle de la sciatique et qui pourrait, à première vue, prêter à la confusion (voir PLANCHE V, *fig.* 1 et 2); mais ces malades sont atteints en même temps, le plus généralement, de torticolis spasmodique, et les deux membres inférieurs exercent sur le sol la même pression, contrairement à ce que l'on voit dans la sciatique. Du reste, la sciatique ne peut guère être confondue avec les affections que nous venons d'énumérer, et le diagnostic différentiel ne présente pas d'intérêt dans ces cas.

La sciatique, au contraire, est fréquemment confondue avec la coxalgie qui, de son côté, amène souvent une déviation du tronc. La comparaison des attitudes vicieuses, produites par ces deux espèces d'affections, présente donc un plus grand intérêt. — L'inclinaison du tronc dans la coxalgie se fait généralement du côté sain, comme dans la sciatique; mais, en même temps, il se fait, parfois, une torsion du tronc en sens inverse, en vertu de laquelle le rebord

costal du côté sain se rapproche de la crête iliaque (PLANCHE IV), ce qui est l'inverse de ce qui s'observe dans la sciatique. D'autres fois, la déformation du tronc est en tout semblable à celle de sciatique; mais, dans la plupart des cas, le membre malade est légèrement soulevé, et le talon, de ce côté, n'est pas exactement appliqué sur le sol (PLANCHE IV), comme dans la sciatique. Ainsi, on le voit, c'est la coïncidence de ces deux caractères, sur lesquels nous avons insisté plus haut, qui donne à l'attitude vicieuse de la sciatique un aspect particulier qui permet d'établir le diagnostic.

SUR UNE AFFECTION CARACTÉRISÉE PAR DE L'ASTASIE ET DE L'ABASIE

(INCOORDINATION MOTRICE POUR LA STATION ET POUR LA MARCHE (CHARCOT ET RICHER). — ATAXIE MOTRICE HYSTÉRIQUE (V. MITCHELL). — ATAXIE PAR DÉFAUT DE COORDINATION AUTOMATIQUE) (JACCOUD);

Par PAUL BLOCQ, interne des hôpitaux.

Nous désignons ainsi un état morbide dans lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire, et de la coordination des autres mouvements des membres inférieurs. En dépit des néologismes que nous employons, il ne s'agit pas d'une maladie nouvelle à proprement parler, car déjà, en 1883, MM. Charcot et P. Richer l'ont décrite sous le nom « d'impuissance motrice des membres inférieurs par défaut de coordination relative à la station et à la marche », et, depuis, M. Charcot en a fait à

diverses reprises le sujet de ses leçons cliniques. Ce sont, du reste, ces leçons mêmes, jointes aux notes inédites et aux documents rassemblés par M. Charcot sur la question, qui forment la base de ce travail dont notre maître nous a ainsi donné et l'idée et les éléments à l'occasion d'un cas que nous avons observé récemment dans son service à l'hospice de la Salpêtrière.

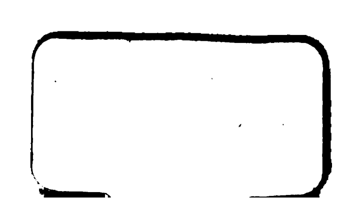
La définition qu'on a lue implique l'idée de paralysie de synergies musculaires déterminées, c'est-à-dire de mouvements systématisés, comparable à ce qui se passe dans l'agraphie, par exemple. Dans l'agraphie motrice pure, comme on sait, l'impuissance motrice n'est pas due à une paralysie des mouvements ordinaires, puisque le malade se sert très bien de sa main pour exécuter les mouvements vulgaires et même certains mouvements systématisés, comme pour dessiner, dans quelques cas, mais il a perdu le souvenir des mouvements spécialisés nécessaires pour tracer l'écriture. De même dans l'*astasie*, l'impuissance motrice ne tient pas à une paralysie des mouvements généraux puisque le malade exécute, à l'aide des membres inférieurs, avec la plus grande précision, des actes divers et peut même sauter, dans quelques cas, ou « marcher à quatre pattes », mais il a perdu le souvenir des mouvements spécialisés nécessaires pour se tenir debout *(astasie)* et pour marcher *(abasie)*.

Aussi nous a-t-il semblé indispensable de stigmatiser par un vocable analogue plus court et aussi significatif que la périphrase « incoordination motrice portant exclusivement sur la station et sur la mar-

che » ce trouble caractéristique. D'après l'avis éclairé de M. Girard, membre de l'Institut, que nous remercions ici de l'obligeance empressée avec laquelle il nous a accueilli, nous avons adopté les expressions qui figurent plus haut[1].

I. Historique. — La littérature médicale ne renferme qu'un nombre extrêmement restreint de faits qu'on puisse rapprocher de ceux que nous décrivons et les leçons de M. Charcot constituent presque à elles seules les documents actuels sur la matière. Cependant, nous trouvons, ainsi que M. Charcot l'a fait remarquer, la première indication du syndrôme qui nous occupe, dans un livre déjà ancien de M. le professeur Jaccoud; la description, pour être sommaire, n'en est pas moins très explicite, et se rapporte à ce que l'auteur appelle « ataxie par défaut de coordination automatique ». — « En pathogénie, dit-il, cette forme ne diffère de l'ataxie complète que par la conservation de la coordination volontaire, c'est-à-dire du sens musculaire; en clinique elle se distingue par les résultats négatifs de l'épreuve des yeux et par l'adaptation régulière des mouvements au but voulu. Cette forme, très rare, n'a été vue jusqu'ici que chez les hystériques, et elle paraît tenir à l'exagération de

[1] Voici un extrait de la lettre que nous a adressé à ce sujet M. Girard. « C'est bien astasie (ἀστασία) et abasie (αϐάσις) qui paraissent convenir le mieux. Il faut deux mots pour exprimer les deux idées distinctement. Si vous n'en voulez qu'un, il me semble que c'est le premier qu'il faudrait choisir, l'impossibilité de se tenir debout entraînant, si je ne me trompe, celle de marcher. »
Le mot astasie a été déjà employé par Gubler. Il appelait « astasie musculaire », une variété de tremblement saturnin précurseur de la paralysie. Employé dans ce sens le terme n'a pas survécu.



l'excitabilité réflexe de la moelle bien plutôt qu'à la perturbation des irradiations spinales. Ce qui le prouve, *c'est que les mouvements sont normaux lorsqu'ils sont exécutés dans la station couchée et assise; ils ne deviennent ataxiques que dans la station debout et pendant la marche;* on voit alors des contractions involontaires troubler l'équilibre ou interrompre l'harmonie de l'acte fonctionnel toutes les fois que la plante du pied pose sur le sol, c'est-à-dire lorsque les impressions centripètes résultant du contact mettent en jeu l'hyperkinésie morbide de la moelle[1].» Il y a évidemment dans cette description la différenciation du trouble que nous étudions, mais l'interprétation pathogénique de M. Jaccoud ne semble pas applicable, ainsi que nous le verrons ultérieurement à la majorité de nos cas.

La première étude où soit affirmée l'existence de cette affection est un travail de MM. Charcot et P. Richer publié dans la *Medicina Contemporanea*, en 1883, sous ce titre : « Sur une forme spéciale d'impuissancc motrice des membres inférieurs par défaut de coordination relative à la station et à la marche. » Cette affection atteint en particulier les enfants et les jeunes sujets et survient tout à coup, à l'occasion d'une émotion ou d'un traumatisme. En général, le lendemain, ou peu après l'émotion ou la chute, survient une impuissance motrice des membres inférieurs. Rien n'attire l'attention du côté de ces membres, le malade peut se lever, mais, dès qu'il a les pieds à terre, il ne peut se tenir debout ou marcher;

[1] Jaccoud. — *Paraplégies et ataxie du mouvement*, Paris, 1864, p. 653.

cependant, le sujet couché a conservé l'intégrité de la force musculaire et la précision des mouvements des membres. On observe quelques variétés; parfois, lors de la station avec le secours d'un aide, les jambes s'embarrassent l'une dans l'autre, ou se fléchissent sur le bassin, ou encore, lors des essais de marche, il y a des mouvements désordonnés, il arrive enfin que la progression, en sautant à pieds joints ou en sautant à cloche-pied, est possible. Le pronostic est généralement favorable, le trouble disparaît lentement ou brusquement et est sujet à des récidives. Il paraît en relation avec la diathèse hystérique. Il ne s'agit pas, comme le veut Jaccoud, d'un excès de réflectivité spinal, mais d'un simple défaut de coordination des mouvements spéciaux relatifs à la station et à la marche[1].

En 1884, M. Charcot revient sur ce sujet dans plusieurs de ses Leçons, publiées par le Dr Miliotti, à propos de la malade Gom..., dont nous donnons plus loin l'observation. Il établit le diagnostic différentiel de ce cas, facile à confondre avec la chorée rythmée, et montre aussi les différences et les analogies qui existent entre « cette forme spéciale d'impotence motrice des membres inférieurs » et les paralysies psychiques; mais, cette fois encore, nous ne trouvons pas là de description didactique à proprement parler du cas dont il s'agit. On s'en tient à la différenciation clinique rigoureuse du type morbide et à son étude approfondie. M. Charcot rappelle à cette

[1] Charcot et Richer. — *Su di una forma speciale d'impotenza motrice degli arti inferiori per diffetto di coordinazione* (*Medicina contemporanea*, 1883, N° 1, p. 6).

occasion les faits déjà exposés dans le travail que nous avons cité [1].

M. Weir-Mitchell décrit sous le nom d'*ataxie motrice hystérique* des troubles analogues et appuie sa description sur un certain nombre d'observations cliniques très intéressantes dans ses Leçons sur les maladies nerveuses des femmes (1885). Il distingue tout d'abord deux modes d'incoordination motrice chez les hystériques. Le premier est la forme étudiée par Briquet [2] et Lasègue [3] dans laquelle le trouble est sous la dépendance de l'anesthésie et ne s'observe qu'alors que les malades sont privés du contrôle de la vue. Le second est une forme non encore décrite. Quelquefois elle est combinée à des phénomènes paralytiques, mais souvent elle existe sans aucune espèce de paralysie. La malade, dans ces cas, n'a pas de troubles de la sensibilité dans les membres inférieurs et conserve le libre usage de ces membres quand elle est couchée. Mais, debout ou à genoux, l'absence de coordination se manifeste immédiatement. La malade tombe alors d'un côté, cherche à se redresser, tombe en conséquence de l'autre côté et aussi en avant ou en arrière. Elle semble avoir perdu la notion de l'équilibre ou de degré de puissance qu'il faut employer pour le rétablir. Les efforts dirigés dans ce but dépassent la mesure, il paraît y avoir défaut dans l'action antagoniste normale des muscles. Peut-

[1] Charcot. — *Lezioni cliniche dell'anno scolastico* 1883-84. *Sulle malattie del systemo nervoso, redatte del dottore Domenico Miliotti*, 1885.

[2] Briquet. — *Traité de l'hystérie*, p. 477.

[3] Lasègue. — *Anesthésie et ataxie hystériques*. (Etudes du Pr Lasègue, t. II, p. 25.

être y a-t-il un retard dans l'incitation cérébrale des muscles, et alors l'incoordination résulterait de la lenteur de la perception de la nécessité d'exciter un muscle antagoniste ou de la lenteur de l'exécution de cette excitation..... En général, cette forme intéressante d'incoordination est relative seulement aux mouvements complexes et n'apparaît pas dans les cas de mouvements volontaires d'un membre ; la faiblesse n'y est pour rien, car la malade, assise, montre une force considérable[1].

On peut aussi faire rentrer dans le cadre que nous esquissons l'observation que nous rapportons plus loin, publiée par Erlenmeyer. Dans son travail, l'auteur différencie, sous le nom de convulsions statiques *(Statische reflexkrampfe)*, les convulsions qui sont mises en jeu par les mouvements de locomotion du corps et les distingue des spasmes fonctionnels. Mais cette distinction ne repose que sur des considérations d'une valeur discutable. La convulsion statique est relative seulement aux mouvements du corps, tandis que la convulsion fonctionnelle ne concerne pas le corps ; de plus, l'excitation corticale qui semble engendrer l'un et l'autre trouble, serait primitive lors de convulsion statique, secondaire lors de convulsion fonctionnelle. Erlenmeyer rapproche les convulsions statiques de la forme décrite par Bamberger sous le nom de spasme saltatoire[2].

Nous ne faisons ici qu'indiquer ce mémoire, sur les conclusions duquel nous aurons à revenir.

[1] Weir Metchell. — *Lect. of diseases of the nervous system espezeall in women.* (Philadelphia, 1885, p. 39.)
[2] Erlenmeyer. — *Ueber statische Reflexkrampf.* Leipsick, 1885, p. 808.

Le Dr Roméi publie en 1885, sous le titre « Paraplégie infantile du seul acte de la marche », une observation que nous reproduisons et la rapproche des faits de M. Charcot. Elle est, en effet, de tous points conforme à la description contenue dans les leçons de cet auteur. Cette observation n'est publiée qu'à titre de document et n'est accompagnée d'autres commentaires que de la discussion du diagnostic différentiel [1].

Nous aurons terminé cette rapide revue en citant deux Leçons de l'an dernier faites à la Salpêtrière par M. Charcot au sujet de cette même malade Gom..., dont il a été parlé déjà dans les Leçons recueillies par M. Miliotti. M. Charcot y établit formellement les caractères cliniques de cette affection en même temps qu'il en esquisse la théorie. Nous ferons à ces Leçons, restées inédites, de si larges emprunts, qu'il serait superflu de les analyser à cette place.

II. Exposé des faits. — Les observations que nous avons rassemblées, et qui forment la base de notre travail, sont au nombre de onze. C'est encore peu pour oser aborder la description d'un type morbide, mais on se convaincra aisément que la plupart de ces faits ont des caractères nettement tranchés qui ne permettent pas de les classer dans les divisions nosographiques actuelles, que tous sont unis par un lien commun que fait ressortir leur groupement.

Les différences qui existent entre ces observations représentent en quelque sorte les divers degrés d'al-

[1] Dr Serafino Roméi. — *Paraplegia infantile nel solo atto della ambulazione.* (*Gazetta degli ospitali*, n° 76, p. 605.)

tération que peut subir la fonction de la station et de la marche.

Ainsi, dans les quatre premières observations, la fonction est complètement absolue; dans l'observation V, elle n'est qu'affaiblie; dans les observations VI, VII, VIII, IX et X elle est troublée; enfin, dans la dernière observation, l'*astasie* et l'*abasie* n'interviennent qu'à titre de complication; mais, dans tous les cas, le trouble fonctionnel est toujours le même, parfaitement original, et différant à tous égards des divers troubles de coordination jusqu'ici décrits et catégorisés.

Observation I.

(Rédigée d'après les notes communiquées par M. le professeur Charcot.)

Mme L... vient consulter M. Charcot, pour sa fille, le 8 juillet 1883.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère maternelle atteinte depuis longtemps de névropathie générale. — Le père, né de parents goutteux, est mort de myélite aiguë; à ce moment, l'enfant n'était âgée que de six mois, et sa mère la nourrissait; elle dut cesser l'allaitement. La mère est née d'une famille de rhumatisants et de goutteux confirmés; elle est rhumatisante elle-même et de tempérament nerveux; elle a eu des attaques d'hystérie. Il y a aussi des alcooliques dans la famille.

Antécédents personnels. — L'enfant, venue à terme, a eu une dentition difficile, accompagnée de convulsions. A l'âge de deux ans et demi, elle eut une fièvre typhoïde accompagnée de convulsions. A l'âge de cinq ans, elle se plaignait fréquemment de douleurs névralgiques. Elle n'a eu aucune affection nerveuse avant le début de la maladie actuelle.

Début et marche. — Le 2 janvier 1883, en jouant avec ses camarades, l'enfant serait tombée sur le dos sur un amas de branches; le dos et la nuque auraient porté. Elle serait revenue à la maison sans trop pleurer, et l'on n'aurait constaté ni plaie ni contusion. Le lendemain, elle commença à se plaindre du dos et de la nuque, et assurait ne pouvoir se tenir debout sans difficulté. Elle

se couchait sur le ventre, pour éviter le décubitus dorsal douloureux. Sa mère a remarqué qu'alors même qu'elle dormait le moindre attouchement sur les parties hyperesthésiées la faisait sauter comme si elle avait été frappée d'une commotion électrique. Le sommeil est de plus habituellement agité.

Depuis quelque temps, vers 7 ou 8 heures du soir, il survient spontanément une crise douloureuse; en dehors de ces crises, l'hyperesthésie ne se révèle que sous l'influence des mouvements et des attouchements. Il y a eu aussi quelques douleurs dans les deux flancs. Quelques troubles visuels seraient survenus récemment, caractérisés par une sorte de brouillard gênant la vue par moments.

La marche est devenue peu à peu impossible; et depuis le début, la jeune L... a passé la plus grande partie de son temps soit au lit, soit couchée sur un sofa. Depuis le 25 avril, il y a une exacerbation des douleurs et des phénomènes moteurs, et la malade reste constamment au lit.

Etat actuel (8 juillet 1883). — Il s'agit d'une fillette grande pour son âge, blonde, pâle, d'apparence strumeuse; le bord des paupières est un peu rouge. Elle repose dans le décubitus latéral droit ou gauche, elle paraît éviter d'être tout à fait sur le dos. Elle a une hyperesthésie très marquée de la région vertébrale depuis la nuque jusqu'à l'extrémité de la colonne vertébrale. Lorsqu'on appuie légèrement sur ces points, elle donne des signes de douleur vive et s'écarte. L'hypéresthésie, quoique moindre, est également perceptible sur les cuisses, mais non sur la tête et les bras.

Lorsqu'on lui dit de remuer les membres inférieurs au lit, elle les porte aisément dans toutes les directions. On ne peut imprimer de mouvements passifs en raison de l'hyperesthésie qui rend douloureux le fait seul de prendre un segment de membre. Il n'y a pas de trépidation du pied, ni trace de contracture.

On fait descendre la malade du lit en l'aidant, et elle se tient debout parfaitement en appuyant chacune de ses mains sur chacune de celles de l'aide. Etant ainsi debout, l'occlusion des paupières ne produit pas la moindre oscillation.

Si on lui dit de marcher, elle affirme qu'elle ne le peut pas, et, en effet, les membres inférieurs restent accolés l'un à l'autre. Le pied droit se détache cependant et se porte en avant, mais le reste des mouvements ne se produit pas. Lorsqu'on lui dit de sauter, elle esquisse un saut à pieds joints, mais ne va pas jusqu'au bout. Il est à remarquer que, lorsqu'on la fait lever, il n'y a pas de mouvements contradictoires.

L'examen ophthalmoscopique, fait par M. Parinaud, donne les résultats suivants : champ visuel rétréci dans les deux yeux, plus à droite. Toutes les couleurs sont reconnues à la vision centrale.

On ne peut déterminer le champ des couleurs à cause de la fatigue et des spasmes musculaires.

Dès le début du traitement, il y eut une amélioration marquée : au bout de huit jours, la situation et la marche étaient redevenues faciles.

Observation II.

(Rédigée d'après les notes communiquées par M. Charcot.)

Charles V..., âgé de quatorze ans, a été soumis à l'examen de M. Charcot le 13 avril 1877.

Sa mère est migraineuse : lui-même n'a jamais été malade.

Il est tombé malade brusquement le 3 mars ; à l'occasion d'une solennité, il fut chargé de faire un discours à l'évêque qui visitait la pension où il faisait ses études. Il fut très fortement émotionné et ressentit tout d'abord des maux de tête, et, le même jour, un affaiblissement marqué des membres inférieurs. Le lendemain, il ne put se lever. Le médecin qui l'examina à ce moment constata l'impossibilité de la marche et remarqua que, couché, Charles pouvait imprimer à ses membres des mouvements de flexion et d'extension assez rapides.

Les autres fonctions, appétit, sommeil, vue, excrétions, s'accomplissaient, du reste, régulièrement, mais la paralysie de la marche persistant, l'enfant fut amené à la consultation de M. Charcot qui constata qu'au lit, cependant, la force musculaire était absolument intacte dans les membres inférieurs, et la coordination parfaitement conservée. Le malade, soutenu, ne peut que se traîner au lieu de marcher. Il n'y avait pas d'exagération des réflexes, ni d'anesthésies. Le champ visuel n'a pu être examiné.

L'enfant fut traité dans une maison de santé et y séjourna deux mois loin de sa famille. Au bout de peu de temps, le 8 mai, un grand changement s'opérait, « l'enfant ne marchait pas encore, mais il pouvait se servir de ses jambes et sautait *comme une pie*, tantôt sur un pied, tantôt sur un autre, parcourant ainsi toute la maison ». Cet état dura quinze jours, et le 29 mai, subitement, Charles se mit à marcher normalement, et depuis, continua à se bien porter. Le 4 octobre, il fut repris subitement du même trouble, sans aucune cause apparente, et se plaignit de douleurs de tête, en même temps qu'il lui était impossible de se tenir debout et de marcher : il fut obligé de se coucher. Cette fois, la guérison survint au bout d'un mois et se maintint défini-

tive. Du moins en 1882, cinq ans après, le malade n'avait plus eu aucun accident nerveux depuis.

Observation III.

(Personnelle.)

Henri Gob..., âgé de quinze ans et demi, est entré le 23 juin 1887 à la Salpêtrière et occupe le lit n° 7 de la salle Prüss, dans le service de M. Charcot.

Antécédents héréditaires. — Le père est ordinairement bien portant, ainsi que les oncles paternels. La mère est rhumatisante, et a eu une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu. Le grand-père maternel est rhumatisant. Rien à noter chez les autres ascendants. Les quatre frères de l'enfant sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — Gob... n'a jamais été malade pendant sa première enfance. A l'âge de cinq ans, il a eu la rougeole et, la même année, la fièvre muqueuse. L'année suivante, il eut la coqueluche.

Début et marche. — Au mois de mars 1887, Henri Gob... eut une bronchite suivie de fièvre typhoïde, qui dura un mois. Lors de sa convalescence, on s'aperçut, en voulant le faire lever (fin d'avril), qu'il lui était impossible de se tenir debout. Depuis, son état général resta excellent, mais le trouble moteur persista tel quel, et l'enfant fut conduit à la consultation externe de la Salpêtrière.

Etat actuel (23 juin 1887). — Il s'agit d'un jeune garçon de constitution moyenne, assez bien développé pour son âge, qui répond intelligemment aux questions qu'on lui adresse. Lorsqu'il est assis sur une chaise ou couché, il ne présente rien d'anormal. Mais lorsqu'on lui demande de se lever, il déclare que cela lui est absolument impossible. Lorsqu'on le met debout en le maintenant sous les aisselles, ses jambes fléchissent sous lui comme impuissantes à le porter, et il s'affaisserait si on ne le maintenait.

Lorsque, étant assis, on lui ordonne d'exécuter divers mouvements, tels que projeter le pied en avant comme pour donner un coup de pied, tenir les jambes horizontalement, mettre les pieds sur les barreaux de la chaise, croiser les jambes l'une sur l'autre, il accomplit tous ces actes rapidement, et avec force et précision.

On s'assure aisément, du reste, de la conservation de la vigueur musculaire des membres inférieurs en lui faisant étendre la jambe et en lui ordonnant de résister à la flexion qu'on cherche alors à produire. Etendu sur le dos, il se redresse aisément. Henri Gob... peut, de plus, progresser de diverses manières : il se laisse glisser de sa chaise à terre et marche très bien *à quatre pattes*, ou bien encore, assis sur sa chaise, il la fait avancer

par petits sauts. Toutefois, il ne peut ni sauter, ni marcher à cloche-pied. On le porte à un arbre de la cour, en lui enjoignant

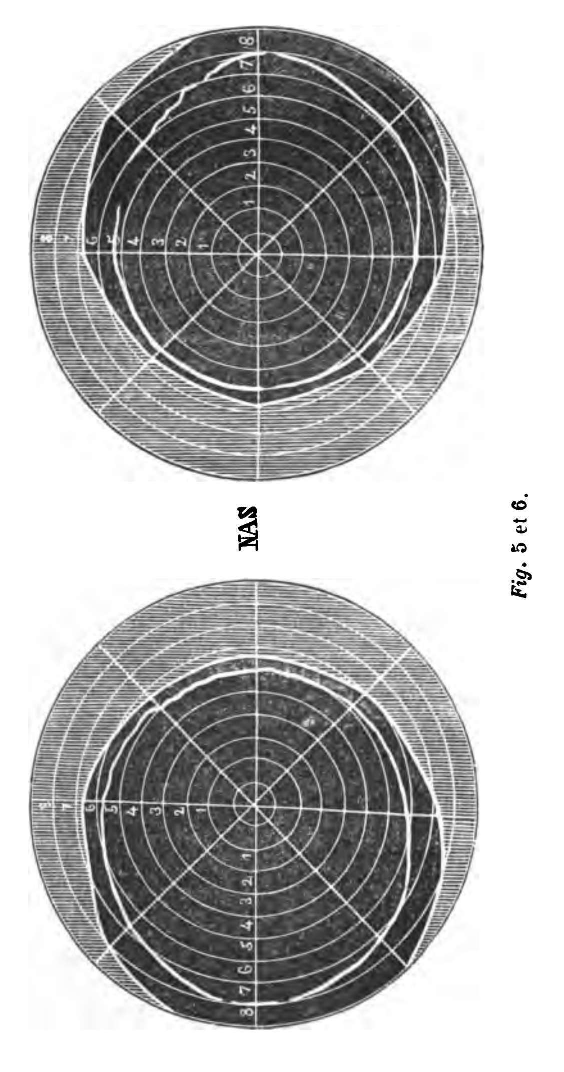


Fig. 5 et 6.

de grimper : il monte un peu à l'arbre, mais mal ; il nous dit, du reste, n'être pas familiarisé avec cet exercice.

Depuis qu'il est malade, dit-il, il n'a jamais fait de rêves dans lesquels il marchait.

Les jambes ne présentent rien d'anormal : ni amaigrissement, ni troubles trophiques d'aucune sorte. La sensibilité générale et spéciale est conservée dans tous ses modes. Les réflexes tendineux sont forts des deux côtés; il n'y a pas de trépidation spinale.

Pas de stigmates hystériques : ni points hystérogènes, ni anesthésies sensorielles, et pharyngée, ni diathèse de contracture. Toutefois, il y a un léger rétrécissement du champ visuel. Il n'y a pas de troubles des réactions électriques.

Les organes génitaux sont normaux. Les sphincters et tous les appareils fonctionnent bien.

26 *juin*. — A la suite d'une séance de *transfert* à laquelle l'a soumis M. Babinski, Henri Gob... a pu marcher. — Le lendemain, en se levant, il a encore un peu d'hésitation dans la démarche.

Depuis, le trouble disparaît complètement.

5 *septembre*. — Nous avons vu l'enfant, dont la guérison s'est maintenue depuis, et qui n'a souffert d'aucun autre trouble nerveux.

Observation IV.

(Dr Serafeno Rome.)

Antoine D. M..., jeune enfant âgé de onze ans, d'une famille aisée, est d'une bonne constitution physique ; il a les muscles et les os bien développés, n'a aucun défaut corporel, sauf un strabisme congénital, comme l'affirment ses parents. Sa mère est jeune et jouit d'une bonne santé ; son père est mort depuis plusieurs années. Le petit malade n'a souffert précédemment d'aucune affection semblable. Au mois de juillet 1882, il passait avec des camarades dans un petit chemin étroit quand il vit près de lui un âne chargé de bois qui menaçait de le jeter contre le mur. Il se gara autant qu'il put, puis, aidé de ses autres camarades il réussit à éviter le choc en faisant tomber l'âne de l'autre côté. L'ânier furieux se mit à la poursuite de l'enfant, une hache à la main. L'épouvante saisit les jeunes écoliers; notre sujet, plus effrayé que les autres, se sauvait à toutes jambes. Le soir il se retira dans sa chambre, pâle et un peu préoccupé. Ses parents lui demandèrent s'il n'éprouvait aucun malaise, mais il répondit qu'il se trouvait bien. Il resta ainsi pendant deux jours, après quoi il fut atteint d'nne violente douleur de tête qui le contraignit à garder le lit. Il fut soigné par le docteur Ferrari ; au bout de quatre jours la douleur se calma et l'enfant se sentit mieux. Il voulut se lever, s'habilla, mais une fois à terre il s'aperçut avec une douloureuse surprise qu'il ne pouvait pas marcher, ni même se tenir sur ses

pieds. Pendant les jours suivants il renouvela à diverses reprises cette tentative, mais sans succès. Entre temps, je fus invité par la famille à le visiter.

Au mois de septembre 1883, il souffrit de douleurs avec léger gonflement à l'articulation du pied gauche; ces douleurs se calmèrent après un certain temps. Au mois d'avril 1884, il commença à marcher un peu courbé et avec une difficulté visible pour monter l'escalier; sur les surfaces planes et sur les pentes il se tenait médiocrement. Interrogé par son oncle, il répondit qu'il se sentait bien. Mais son plus jeune frère raconta tout. Il dit qu'il souffrait depuis plusieurs jours, et qu'une fois alors qu'ils étaient allés se promener (car ils se trouvaient au séminaire de Cosence), tout d'un coup les jambes lui manquèrent, tellement qu'il lui fut impossible de marcher, et il fut transporté par quatre de ses compagnons, parce qu'il titubait comme un homme ivre. La pression était ressentie avec douleur au niveau des vertèbres dorsales. A ce moment il fut visité par un médecin du lieu qui déclara qu'il était atteint d'un commencement de xyphose, par ramollissement d'une vertèbre dorsale. Les professeurs Thomas et Cantani de Naples, où il fut conduit deux mois après, déclarèrent qu'il était atteint de rhumatismes : ils prescrivirent les bains thermo-minéraux de Bagnoles, et au quatrième bain les douleurs cessèrent tout à coup.

Quand je fus appelé en consultation auprès de lui au mois de juillet 1882, avec le docteur Ferrari, la singularité du cas m'engagea à l'observer avec le plus grand soin.

La sensibilité et l'énergie musculaire des deux membres inférieurs étaient normales, le reste des fonctions organiques, dans de bonnes conditions; seulement, la simple pression provoquait une légère douleur dans la colonne vertébrale.

Etendu sur un lit, le malade essayait des mouvements variés avec les pieds, il allongeait et ramenait ses cuisses ensemble et isolément, il les levait toutes deux à la fois et séparément avec vigueur et sans désordre. Invité à marcher dans la chambre, il mit les pieds à terre, mais il ne put pas se tenir sur ses jambes, ni même s'éloigner du bord du lit. Quand on voulait qu'il marchât il fallait qu'il fût soutenu de chaque côté et il avançait ainsi; mais ses jambes faisaient avec son corps une sorte de plan incliné et paraissaient comme disloquées.

Il avait la bonne volonté de marcher, mais pour faire un pas il ressemblait à un jeune enfant qui commence pour la première fois à marcher. Je lui fis essayer divers mouvements, non seulement en se tenant sur son lit, mais encore debout pendant qu'on le soutenait; je lui fis bander les yeux et je remarquai la même faiblesse, le même désordre dans les mouvements. Le réflexe rotulien n'était ni exagéré ni diminué.

De toutes ces observations je ne pouvais conclure qu'à une anomalie consistant dans le manque d'énergie et de coordination des mouvements de la marche. Il ne s'agissait pas d'une lésion anatomique du système nerveux, mais d'une altération dynamique fonctionnelle.

Je manifestai à la famille l'espoir que la guérison viendrait bientôt et que la maladie disparaîtrait définitivement sans laisser aucune trace. Mais je ne pus donner aucune raison d'une forme clinique aussi étrange. Sur un lit, on voyait un jeune enfant vigoureux, ayant les mouvements des membres inférieurs bien coordonnés, lorsque cet enfant était sur pied on constatait une impuissance motrice qui faisait pitié.

Observation V.

Weir-Mitchell. (Résumée.)

Mme B..., âgée de vingt ans, atteinte d'asthme depuis dix-huit mois, est prise brusquement de perte de la parole avec inconscience et convulsions. Cinq semaines après, se développe la paraplégie spéciale.

Au lit, la puissance musculaire des membres inférieurs est considérable, toutefois les mouvements se font par secousses. Debout, elle oscille à droite et à gauche, et plus encore quand elle marche; pour se maintenir quand elle penche d'un côté, elle fait des efforts qui dépassent le but, et la rejettent de l'autre côté.

Observation VI.

(Rédigée d'après les notes communiquées par M. Charcot).

M. Ir..., du Chili, vu à l'hôtel du Louvre le 30 juin 1883. C'est un garçon âgé de quinze ans, fort et bien musclé. Trois sœurs et deux frères sont bien portants. Rien dans les antécédents de famille, sinon un grand-père goutteux. L'enfant lui-même n'est pas rhumatisant et n'a jamais été malade.

L'affection a débuté sans cause morale ou physique appréciable en novembre 1882 : à cette époque survinrent des attaques hystéro-épileptiques qui paraissent avoir eu la forme classique (arc de cercle, attitudes passionnelles) d'après la description du père. Les crises, qui au début duraient parfois la journée entière, sont devenues plus rares, et ont cessé en février 1883.

Peu après, il y eut de l'anorexie et de l'amaigrissement, puis survinrent les accidents qu'on observe aujourd'hui, dans les membres inférieurs.

Etat actuel. — Le malade se tient couché sur un lit ou sur un sopha et il est dans l'impossibilité absolue de se tenir debout et de marcher.

Le malade se sert de ses membres supérieurs, mais les mains sont fermées : le père assure que pendant le sommeil on peut défléchir les doigts, mais que la flexion revient aussitôt, bien que le sommeil continue.

Les membres inférieurs sont dans l'extension et se raidissent quand on veut les fléchir: le malade lui-même peut les fléchir, on constate alors que les réflexes rotuliens sont exagérés; on ne peut démontrer le phénomène du pied.

On met le malade à terre : il se tient les genoux fléchis. Il montre qu'il est capable par un mouvement de ressort de sauter sur un fauteuil, mais il manque une ou deux fois son coup, et tombe lourdement à terre. Il est donc capable de sauter, mais ne peut se tenir debout.

On lui dit de se mettre debout avec l'aide du bras de deux personnes. On voit alors ses membres inférieurs s'élever au-dessus du sol et se mettre rigides comme des barres, en flexion à angle droit sur le tronc.

En somme, il semble que, à part l'acte du saut et celui de fléchir les membres inférieurs qui répondent jusqu'à un certain point à la volonté toute coordination volontaire des membres inférieurs soit impossible.

Il n'y a pas de contracture, mais l'adaptation musculaire pour la marche et pour la station sont choses impossibles.

Sur la plus grande partie du corps, le pincement même très énergique, et l'application d'nn corps froid ne sont pas perçus. Au contraire, un léger frôlement ou chatouillement, surtout celui de la plante du pied, sont suivis de sensations désagréables et de secousses cloniques.

Aucun trouble actuel de la vision : il aurait vu gris (achromatopsie) pendant un temps.

L'état général est bon : aucun trouble des autres appareils.

Observation VII.

(Rédigée d'après les notes communiquées par M. Charcot.)

Mlle G..., âgée de quatorze ans et demi, a été examinée par M. Charcot, le 18 décembre 1883.

Le père de la malade, banquier, a été condamné pour attentats aux mœurs, accusé d'avoir acheté des petites filles. Sa sœur a treize ans; elle est atteinte d'hystérie à forme anorexique.

Mlle G... elle-même est réglée depuis un an : le début de l'af-

fection actuelle remonte à six mois (juin 1883). Elle ressentit alors une douleur dans le flanc gauche (qualifiée de péri-ovarite par le médecin) et fut traitée par des applications de sangsues, etc. La douleur se calma, mais revint dans la région dorsale, la malade se tient courbée. Puis survinrent les troubles des membres inférieurs qui empêchèrent la marche. Les chirurgiens consultés diagnostiquèrent un mal de Pott, une myélite, etc.

Depuis ce moment, la malade porte un corset. Elle est depuis plusieurs mois étendue dans son lit, sur le dos, sans bouger, impassible et indifférente.

Un jour, à la suite d'une émotion, elle s'est levée et s'est mise à courir, puis elle est redevenue paralytique.

Etat actuel (décembre 1883). — C'est une grande fillette blonde d'une physionomie plus vieille que son âge. Après lui avoir fait enlever son corset, on constate tout le long du dos, une hyperestésie considérable. Le doigt promené sur cette région provoque des mouvements de défense énergiques, sans sensations d'aura. C'est une zone hyperesthésique et non hystérogène.

Les membres inférieurs ne sont ni mous, ni roides; les réflexes tendineux sont normaux; il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Il n'y a pas d'anesthésie, ni de diminution du sens musculaire.

Couchée au lit, les membres inférieurs sont fléchis et il est impossible à la malade de les étendre volontairement; sa mère dit que ses membres s'allongent pendant le sommeil. Elle peut cependant lever les jambes de dessus le lit, mais elles retombent rapidement. Dans l'épreuve des mouvements communiqués avec résistance de la part du sujet, les segments des membres ne se laissent pas déplacer indifféremment, mais ils quittent la position sous l'effort, rapidement et pour ainsi dire sans lutte.

Assise on étend les membres fléchis, sans la moindre difficulté, et la malade résiste quand, la jambe étendue, on veut la fléchir, mais la résistance cesse tout à coup sans transition. Quand elle fait effort elle parvient à étendre ses jambes tandis que dans son lit cela lui est impossible. Debout, soutenue par des aides les jambes restent à demi fléchies, sans mouvements incoordonnés. Il y a impossibilité d'exécuter les mouvements nécessaires pour la marche. Dans la station, à l'aide de béquilles les membres fléchis restent en l'air.

Observation VIII.

Erlenmeyer. (Résumée.)

A... T..., vingt-huit ans, référendaire, sans antécédents nerveux héréditaires, ni personnels. Pas d'excès alcooliques ni sexuels. En 1883-1884, excès de travail pendant huit à dix mois, à la suite

desquels survinrent des secousses dans tous les muscles du corps, tantôt localisées à certains groupes, tantôt généralisées; en même temps T... souffrait d'insomnies, et il commit dès lors des excès de boissons, surtout de bière.

Un soir, en quittant la brasserie, sans être ivre, il tomba dans la rue et resta plusieurs minutes sans connaissance; il n'eut pas de convulsions. On dut l'aider à rentrer chez lui et on le coucha. A la suite de cet accident, il resta faible et sans sommeil une quinzaine de jours; puis reprit la marche peu à peu.

Deux mois après surviennent d'étranges mouvements des membres inférieurs. Pendant la marche ordinaire qui n'est pas douloureuse, tout à coup le genou gauche fléchit. Cette flexion d'abord rare et peu intense, devient de plus en plus forte, tandis que l'extension compensatrice du tronc devient de plus en plus prononcée. Jamais il n'y a eu chute.

Le malade récupérait bientôt le pouvoir de maîtriser ses muscles et se redressait. Puis le membre inférieur droit fut atteint à son tour.

Une nouvelle aggravation fut un saut convulsif, ou mieux que lé malade ne pouvait empêcher. Aussitôt que les genoux étaient fléchis tout le corps était projeté en l'air à l'aide des deux pieds, et ainsi se succédaient un certain nombre de sauts très réguliers, dans lesquels les pieds quittaient le sol.

A proprement parler c'était un saut sur place, mais en raison de ce que ce mouvement survenait alors que le corps était lancé en avant, c'était un saut en avant.

D'abord ce saut se produisit le corps étant à moitié étendu, bien qu'avec flexion des genoux, mais peu à peu la flexion s'exagéra tellement que le malade était complètement courbé, si bien que la partie postérieure de la cuisse touchait le mollet. Quand, dans cette phase, le malade progressait sans soutien, il fléchissait tout à coup après cinq à six pas sur les deux genoux, et prenait une position très fléchie vers le sol, exécutait dans cette position un, deux, trois sauts en avant, se redressait avec effort, faisait quelques pas en avant, pour fléchir encore et se dresser en quelques sauts... et ainsi de suite. Aucune douleur.

Etat actuel. — Les réflexes patellaires sont très exagérés; la cuisse se soulève, et il y a une secousse générale de tout le corps, les bras y compris, surtout à gauche. Le clonus du pied n'existe pas.

Il n'y a aucune modification de la force, aucun trouble de la coordination. Les membres ne sont pas rigides.

La flexion du genou a lieu au moment où le pied est posé sur le sol. En conséquence l'axe du corps est momentanément projeté en arrière. Pour empêcher la chute que ce mouvement amènerait,

le malade fait un mouvement compensateur en avant, et comme le saut survient à ce moment, il a lieu en avant.

Le saut se fait sans exception, la plante du pied tout entière restant sur le sol. Il ne survient pas, quand le pied porte sur la pointe, ni quand le corps est étendu. *Jamais on ne le voit comme symptôme primitif convulsif, toujours il est précédé par une flexion du genou.*

C'est un saut dans lequel tout le corps s'élève de plusieurs pouces au-dessus du sol. *Quand le malade s'appuie sur les bras d'un aide, il ne saute pas*, il se redresse, et, même sans appui étant redressé, il peut faire quelques pas sans sauter, puis cela revient. Alors le cœur bat, et le visage rougit.

L'application ordinaire du pied sur le sol ou bien la percussion de la plante du pied par un corps dur, par exemple dans le lit contre les barreaux, ne produit également aucun mouvement.

Au contraire, quand le malade est debout, on provoque la flexion du genou en percutant avec le marteau le tendon du biceps du semi-tendineux et du semi-membraneux ; les genoux se fléchissent alors, et le malade est menacé d'une chute. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité cutanée.

Observation IX.

(Rédigée d'après les notes de M. le Dr Babinski.)

Georgette G..., couturière, âgée de vingt-sept ans, entre le 28 février 1886, à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot.

Antécédents héréditaires. — Père, auteur dramatique et acteur, mort à soixante-trois ans de fièvre typhoïde avec complications cérébrales, était sujet à des névralgies. — Mère, actrice très impressionnable, se met facilement en colère, et dans cet état perd connaissance : elle a quitté ses enfants, et ne s'en est plus occupé. La malade ne peut donner de renseignements sur ses autres parents, sinon qu'un frère et une sœur sont bien portants.

Antécédents personnels. — Elle a eu la rougeole à l'âge de deux ans. Depuis son enfance elle a fréquemment des troubles gastro-intestinaux légers. Elle a été réglée à dix-sept ans. Depuis l'âge de dix-huit ans elle est sujette à des attaques de céphalalgie qui durent trois à quatre jours et qui reviennent à peu près toutes les semaines. C'est une douleur qui commence entre les sourcils et que la malade compare à une constriction par un lien élastique.

Depuis la même époque elle a des idées tristes, des cauchemars, des envies de pleurer, la solitude l'effraye...

Début et marche. — Dans les derniers jours de l'année 1883, à la suite de contrariétés, au moment où elle venait de terminer sa prière du soir (étant à genoux) lorsqu'elle voulut se relever elle s'aperçut qu'elle ne pouvait se tenir debout, en raison de mouvements semblables à ceux qu'elle présente actuellement, néanmoins le lendemain, elle pu sortir, étant soutenue.

Elle entra à la Salpêtrière en février 1884, où elle fut l'objet d'une leçon de M. Charcot. La station et la marche présentaient à cette époque, les mêmes caractères qu'aujourd'hui. Pendant son séjour à l'hôpital elle a eu deux attaques semblables à celles qu'elle a maintenant. Elle est sortie en juillet 1884, très améliorée mais non guérie.

Il y a deux mois, elle a eu une attaque, et c'est à partir de ce moment que son état a commencé à s'aggraver; dès lors, elle n'a pas cessé d'avoir deux à trois attaques par semaine environ.

Etat actuel. — Au repos dans la station assise, on ne remarque rien d'anormal : elle exécute très bien tous les mouvements qu'on lui commande; mais elle dit que de temps en temps elle éprouve dans les genoux une sensation particulière qui lui fait croire que les membres sont agités de secousses alors qu'ils sont au repos. Dans la *station debout* il se produit une série de saccades qui s'accentuent par l'occlusion des yeux. Ces saccades consistent dans des flexions du bassin sur les cuisses et des cuisses sur les jambes assez analogues à ce que l'on voit se produire lorsqu'une personne se tenant raide sur ses jambes reçoit à l'improviste un coup sec sur le creux du jarret.

Dans la *marche* les troubles atteignent leur maximum. A chaque pas que fait la malade elle se baisse et se redresse alternativement par des mouvements brusques et rapides; à mesure qu'elle avance ces secousses deviennent de plus en plus rapides; elle est alors sur le point de tomber; au lieu de continuer à avancer on la voit alors faire quelques pas de côté ou en arrière présentant l'apparence d'une personne qui s'est butée à un obstacle et qui cherche à retrouver son équilibre. Les secousses ne consistent pas seulement en des mouvements d'abaissement du corps; si on cherche à les analyser voici ce qu'on observe : au moment où la malade se baisse, les cuisses se fléchissent sur les jambes, et le tronc se fléchit sur le bassin, la tête éprouve, par rapport au tronc, un mouvement de flexion et de rotation, et les avant-bras se fléchissent sur les bras. La marche est très pénible. G... éprouve des tiraillements dans les genoux et le cou, et est obligée de s'asseoir : sa figure exprime la fatigue, et elle est couverte de sueur.

Aussi s'est-elle créée une marche spéciale qui lui permet la progression, c'est une sorte de claudication; mais dès qu'elle veut *marcher comme tout le monde*, le trouble réapparaît.

Elle peut également exécuter sans incoordination d'autres modes

de progression : elle saute à pieds joints très aisément, marche facilement à quatre pattes.

On ne peut provoquer les secousses par aucun procédé lorsqu'elle est assise : en examinant les membres inférieurs, on constate qu'il n'y a pas d'atrophie; la force musculaire est conservée, et les mouvements sont coordonnés.

La *sensibilité cutanée* est légèrement diminuée du côté gauche. Le sens musculaire est intact. — Les *réflexes tendineux* sont presque complètement abolis. — Il existe un léger rétrécissement du champ visuel à gauche. L'ouïe et le goût sont également diminués du même côté. Dans la fosse iliaque gauche et au-dessous de la mamelle gauche existent deux zones hystérogènes déterminant des sensations d'aura, et des attaques. Celles-ci sont ainsi constituées.

G... a d'abord quelques secousses dans les mollets et dans les bras : celles-ci sont de plus en plus rapides et fréquentes, et ressemblent un peu aux saccades qu'elle présente dans la marche, mais les mouvements de la tête sont beaucoup plus accentués, et sa face est grimaçante. La compression du point ovarien arrête l'attaque. La malade conserve sa connaissance pendant toute la durée de l'attaque.

D'habitude la marche devient plus facile après les attaques. Il y aurait, au dire de la malade, une sorte de balancement entre les attaques et la difficulté de la marche.

OBSERVATION X.

(Communiquée par mon ami le Dr BABINSKI, chef de clinique de la Faculté.)

Mme C..., âgée de vingt-deux ans, mariée depuis quatorze mois, demeurant en province.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Une cousine germaine a été internée pendant quelques mois dans un asile d'aliénés.

Antécédents personnels. — A toujours joui d'une bonne santé. Depuis son enfance elle est très irritable, emportée, mais jusqu'au moment de l'apparition de la maladie actuelle, elle n'a pas eu d'affection nerveuse. Depuis l'époque de son mariage, elle a eu des contrariétés et des chagrins. Elle est accouchée il y a deux mois et demi. L'accouchement fut laborieux et nécessita l'anesthésie chloroformique. Quelques jours après l'accouchement, elle a commencé à avoir des crises nerveuses ainsi constituées : battements dans les tempes, sensations de constriction dans la gorge, puis perte de connaissance, et raideur des membres et de tout le corps ; cela dure dix à quinze minutes, puis la ma-

lade revient à elle un peu fatiguée, mais sans présenter aucun abattement intellectuel. Ces crises se reproduisent parfois plusieurs fois par jour. En même temps l'appétit est diminué.

Quinze jours après ses couches, lorsque la malade voulut se lever, il lui fut impossible de marcher, et impossible de se tenir debout plus de quelques secondes. Cet état persista sans modifications pendant six semaines, après lesquelles elle se décida à venir à Paris où nous avons l'occasion de l'examiner.

Etat actuel (20 août 1887). — Femme de taille moyenne, bien développée, paraissant jouir d'une bonne santé générale. Elle attire immédiatement l'attention sur l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de marcher et de se tenir debout. Nous l'invitons à chercher à marcher : elle se lève alors, fait quelques pas dans la chambre d'une façon à peu près normale, mais au bout de cinq à six pas la difficulté apparaît, on voit comme des secousses dans les membres inférieurs qui vont en s'accentuant rapidement, et la malade est au bout d'une demi-minute dans l'impossibilité absolue de se tenir debout, elle tomberait si on ne la soutenait ou si elle ne s'asseyait. Si on analyse avec plus de soin la démarche de la malade voici ce qu'on observe : au moment où la gêne apparaît on voit une cuisse fléchir sur la jambe, et le bassin sur la cuisse, en même temps le talon se soulève une ou plusieurs fois et vient frapper le sol, la malade cherche alors à éviter une chute et s'efforce de rétablir l'équilibre au moyen du membre inférieur opposé, et elle le change de situation; puis, du côté de ce dernier membre se répètent les mêmes phénomènes, et on voit, à mesure que la malade continue à faire des efforts pour marcher, les symptômes sus-énumérés s'accentuer. La malade porte un pied en avant puis en arrière, piétinant sur place sans pouvoir avancer, les jambes fléchissent puis s'étendent, le tronc se porte en avant, puis en arrière; on entend le bruit des talons qui viennent frapper le sol, et bientôt la malade s'affaisse. Il lui est impossible de descendre même quelques marches d'un escalier.

Lorsque la malade est assise, on constate que la force musculaire des membres inférieurs est tout à fait conservée. Il existe une légère hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle gauche, ainsi que de l'ovarie du même côté.

Intelligence normale. Viscères thoraciques et abdominaux normaux.

Séance tenante je cherche à l'hypnotiser et j'arrive à amener rapidement une torpeur intellectuelle légère sans qu'il y ait aucun caractère somatique du grand hypnotisme. Par suggestion je fais disparaître immédiatement les troubles de la marche, et la malade peut descendre un escalier de trois étages. Elle fait dans la journée plus d'une lieue avec facilité. Le soir cependant la gêne

de la marche revient en partie. La suggestion est répétée plusieurs fois pendant une période de quinze jours. La malade part complètement guérie : les crises elles-mêmes n'ont pas reparu.

Observation XI.

(Personnelle.)

Mme Ch..., couturière, âgée de cinquante-deux ans, entre le 20 juillet 1887 à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot (salle Duchenne de Boulogne, n° 16). Ses parents sont morts à un âge avancé : elle ne connaît pas de maladies nerveuses dans sa famille.

Elle-même n'a jamais fait de maladies, sinon qu'elle a eu la rougeole étant enfant. Elle a été réglée à douze ans, et l'a été régulièrement depuis jusque il y a dix ans. Mariée une premiere fois à l'âge de dix-huit ans, elle a eu de cette union deux enfants aussi en bonne santé. Elle n'est ni alcoolique, ni syphilitique. Elle n'a jamais été sujette à des crises de nerfs, ou à d'autres phénomènes nerveux.

Début. Le 12 février 1886 elle fit une chute sur le dos sur un traîneau de menuisier, et perdit connaissance; elle en eut une entorse qui la tint trois mois au lit.

Au mois d'août de la même année tout à coup, sans cause apparente, émotive traumatique, ou autre, elle ressentit de vives douleurs lombaires, sans fièvre, ni trouble des sphincters, qui la forcèrent à s'aliter. — Trois jours après le début de ces douleurs, en voulant se lever, elle tomba du lit, et ne s'aperçut qu'à cette chute que ses membres inférieurs ne pouvaient la porter. On dut la recoucher, et dès ce moment elle ne recouvra plus l'usage des membres inférieurs : à cette même époque affirme-t-elle l'état général restant satisfaisant, les membres supérieurs et la tête auraient été paralysés au point qu'elle ne pouvait se servir de ses mains pour rien même pour manger. Cet état de complète impotence dura deux mois, au bout desquels le mouvement revint complètement dans les membres supérieurs, mais très imparfaitement dans les membres inférieurs.

Pendant cette seconde période il y eut aussi de l'anurie pendant trois jours, et en même temps des douleurs et des fourmillements constants dans les membres inférieurs.

Depuis la difficulté de la marche seule a persisté ainsi que les douleurs lombaires, et la malade vint à la Salpêtrière.

Etat actuel. — C'est une femme de constitution moyenne ; elle répond intelligemment aux questions qu'on lui adresse. Les dou-



leurs lombaires sont assez vives mais supportables, fixes comme siège au niveau des dernières lombaires et du sacrum, continues,

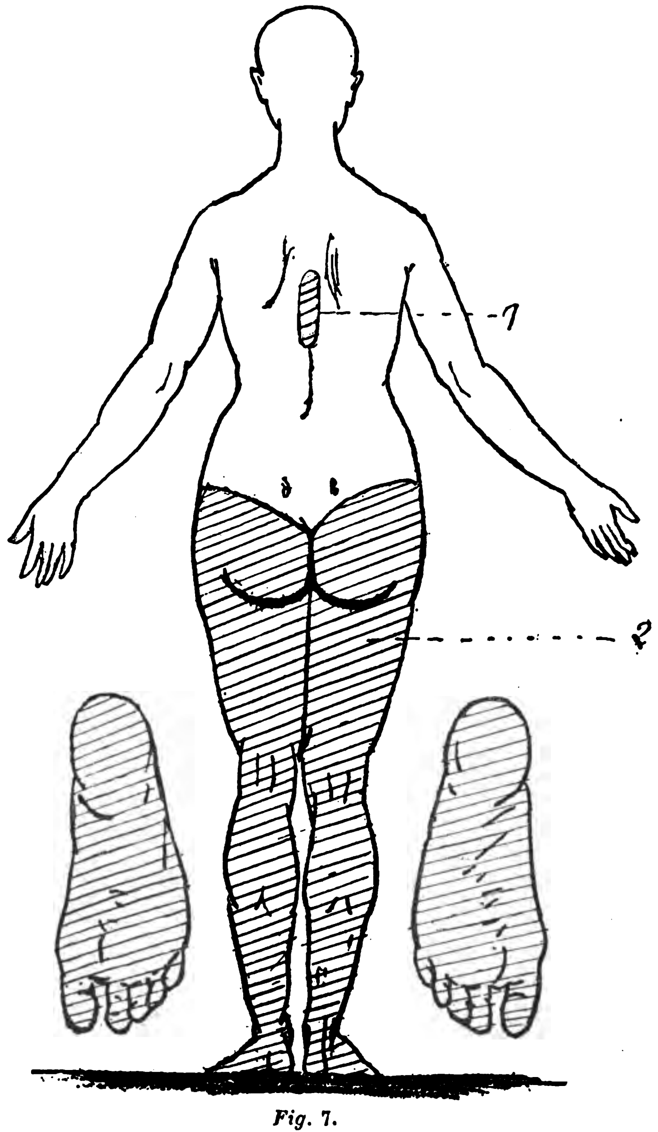


Fig. 7.

s'irradiant parfois à l'épigastre, exagérées par les mouvements, non par la pression.

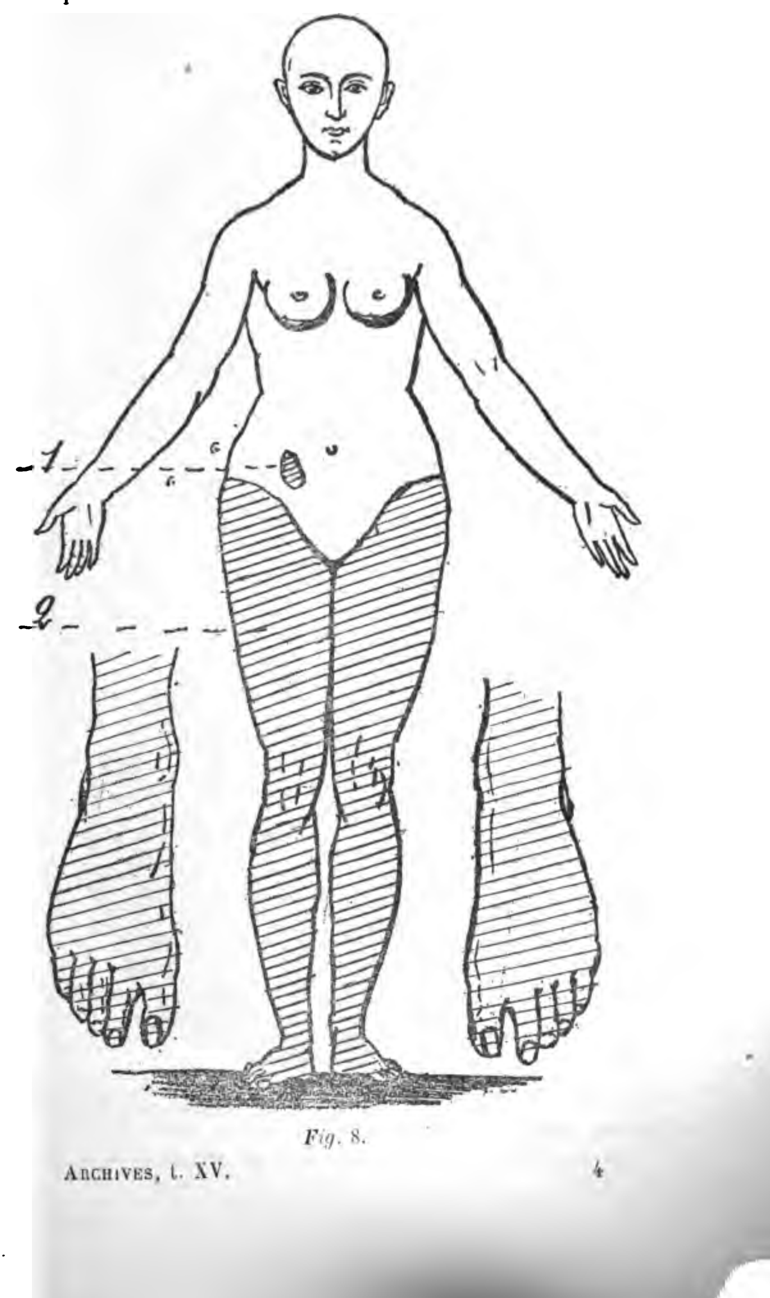


Fig. 8.

Les membres inférieurs sont atteints dans leur motilité, et dans leur sensibilité, il existe de plus des troubles de la station et de la marche qui paraissent indépendants de ces altérations. Au re-

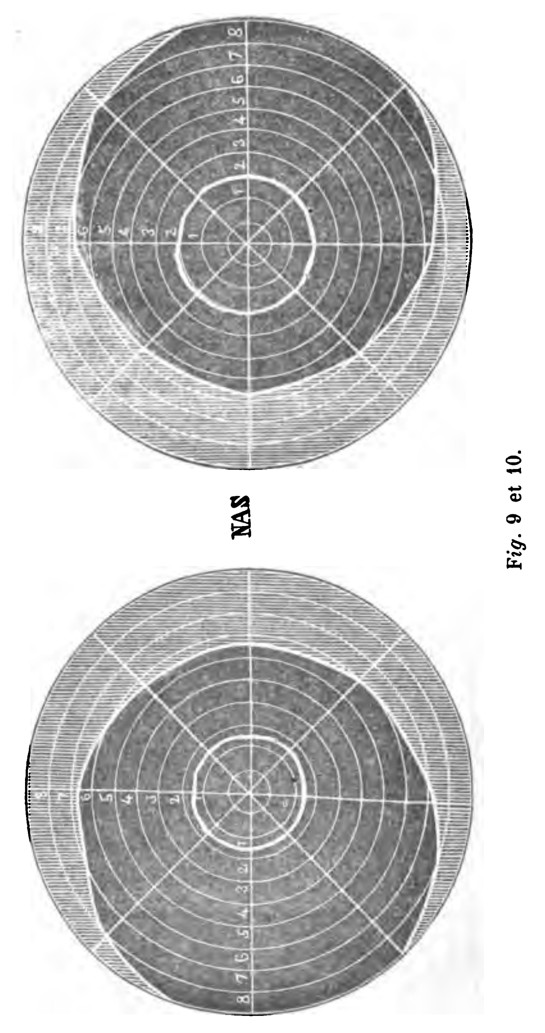


Fig. 9 et 10.

pos, les jambes ne présentent rien d'anormal, sinon un état variqueux assez prononcé.

La sensibilité est abolie *dans tous ses modes* jusqu'au niveau du

pli de l'aine (sensibilité cutanée et articulaire et sens musculaire.) Les réflexes sont normaux. — La puissance musculaire est très diminuée; la malade résiste mal aux mouvements qu'on imprime à ses membres inférieurs, et ne peut garder la jambe étendue horizontalement : les mouvements qu'elle fait sont toutefois coordonnés et assez puissants.

La *station* debout est possible, mais très difficile sans appui. Dans cet état il se produit des oscillations, et aussi des flexions brusques du bassin sur les cuisses et des cuisses sur les jambes. Pendant la marche ces mouvements s'exagèrent considérablement : la malade fléchit à chaque pas sur les genoux comme si elle allait tomber, son tronc est en même temps projeté en arrière puis en avant. Les secousses sont inégales, et se produisent sur les deux jambes. Les pieds ne traînent pas sur le sol comme pour les paraplégiques ordinaires. La station et la marche sont impossibles les yeux fermés, car alors la malade s'affaisserait si on ne la soutenait. Les troubles sont plus prononcés du côté gauche. La malade marche à l'aide de deux cannes, les yeux fixés constamment à terre : les mouvements paraissent plutôt maladroits que désordonnés tout en présentant les caractères que nous avons décrits.

Les autres appareils organiques n'offrent rien d'anormal.

Mais la malade présente des stigmates hystériques très caractéristiques. — Le champ visuel est très rétréci à droite (*fig.* 9 et 10). Le goût est obnubilé. Il existe enfin un point hyperesthésique dans la région dorsale, et une ovarie très accentuée à droite : (*fig.* 7 et 8) lorsqu'on presse sur cette région la malade sent « que cela lui remonte et la suffoque ».

1er *octobre*. — Les modes de traitement habituel, n'ont pas amené jusqu'à présent d'amélioration sensible dans l'état de la malade. (*A suivre.*)

CLINIQUE NERVEUSE

DES ÉPHIDROSES DE LA FACE;

Par M. Paul RAYMOND, interne des hôpitaux.

I.

S'il est dans la pathologie médicale une branche qui ait été dans ces dernières années étudiée et mer-

veilleusement élucidée, c'est assurément la pathologie du système nerveux. La gloire en revient tout entière et sans conteste aux éminents représentants de la médecine française qui, en s'appuyant sur les bases traditionnelles de l'observation unie à l'expérimentation, ont su tirer du chaos et grouper en bon ordre les faits aussi riches que variés qu'envisageait avant eux sans les pouvoir expliquer l'école clinique de 1830.

Aujourd'hui les points principaux sont acquis; les grandes lignes sont tracées; néanmoins, dans ce domaine si vaste de la neuropathologie il reste encore bien des poins obscurs. Nous nous proposons d'étudier ici un trouble assez rare et encore peu connu du système nerveux : les sueurs localisées de la face, les épidroses faciales.

Pendant notre année d'internat à l'Hôtel-Dieu dans le service de notre excellent et très honoré maître M. Moutard-Martin, il nous a été donné d'observer un cas intéressant d'éphidrose faciale. Dans les recherches que nous avons faites à ce sujet, nous avons pu nous convaincre de l'obscurité qui entoure encore cette question et des difficultés qui surgissent lorsque l'on cherche à interpréter les différentes observations publiées. Ces observations d'hypersécrétion sudorale limitée à la face ne sont pas des plus communes; nous avons pu en réunir environ soixante tant dans la littérature médicale française que dans la littérature étrangère. Les citer toutes ici ne serait pas d'un grand profit : les unes sont incomplètes, écourtées, n'ont pas été suivies d'autopsie; il est difficile de reconnaître les lésions qui les ont produites. D'autres sont susceptibles d'être interprétées de différentes façons; on pourra

les retrouver dans les indications bibliograhiques que nous donnerons plus loin.

Récemment nous avons pu observer dans le service de notre savant maître M. le Dr Lancereaux un malade atteint de tuberculose pleuro-pulmonaire et qui présentait également une éphidrose limitée à la moitié droite de la face. Nous avons fait l'autopsie de ce malade et nous avons pu examiner au microscope le sympathique cervical. Les faits dans lesquels cet examen microscopique a pu être pratiqué sont rares; en outre les altérations des ganglions sympathiques peuvent encore prêter à discussion. Toutes ces raisons nous ont déterminé à réunir les différentes observations et à y joindre les deux faits que nous avons personnellement recueillis.

Lorsqu'on étudie ces observations, on peut remarquer que dans toutes, le système nerveux est affecté, fait qui, pour le dire en passant aurait son importance si la subordination de la fonction sudorale au système nerveux était encore à démontrer. On voit en outre que malgré leur dissemblance apparente, il est possible de réunir en quelques groupes les cas divers que nous passerons en revue.

Nous nous proposons donc ici, après avoir relaté les deux observations qui ont été le point de départ de ces recherches, de réunir les faits les plus importants d'éphidrose faciale qui ont été publiés, de les exposer brièvement en essayant de les classer. Pour ce faire, nous prendrons comme base la physiologie pathologique dont nous rappellerons quelques points principaux, confirmés eux-mêmes par des expériences fondamentales. Nous terminerons enfin en discutant le

diagnostic de la lésion qui chez notre premier malade a pu produire les symptômes relatés.

Nous n'avons en vue ici que les sueurs de la face, et particulièrement les sueurs limitées à un côté de la face. Une éphidrose faciale peut être, en effet, générale ou partielle.

Dans le premier groupe rentrent les hypersécrétions sudorales que l'on rencontre à la suite des violentes douleurs de l'angine de poitrine, des coliques hépatiques, ou néphrétiques, de l'étranglement herniaire par exemple. Ces sueurs restent quelquefois localisées à la face, mais le plus souvent elles coexistent avec des sueurs sur d'autres parties du corps; ce sont alors des hypéridroses. Nous ne nous en occuperons pas.

Dans ce groupe, on doit aussi faire rentrer les sueurs émotives, les sueurs des herpétiques, des alcooliques qui ne sont parfois que des sueurs frontales, mais qui deviennent le plus souvent des hypéridroses; les sueurs que l'on observe à la suite de quelques maladies de la face, comme cela a été signalé dans l'érysipèle par exemple, ou enfin des sueurs qui sont généralement partielles, mais que l'on rencontre dans quelques cas sur toute la face : telles sont les éphidroses qui succèdent à l'excitation des nerfs du goût (exemple de M. Brown-Séquard cité plus loin), ou encore celles qui ressortissent à une lésion nerveuse centrale d'ordre réflexe.

Les éphidroses partielles de la face sont certainement plus fréquentes que les éphidroses totales, celles-ci coïncidant le plus souvent, comme nous l'avons dit, avec une exagération de la sueur sur d'autres parties du corps et rentrant alors dans le groupe des hypéridroses.

Tantôt elles occupent une moitié de la face : éphidrose hémilatérale; tantôt elles n'occupent qu'une région suivant généralement le trajet de fibres nerveuses irritées : éphidroses parotidiennes, éphidrose du trijumeau (cas de M. Ollivier et de M. Leudet); tantôt elles sont encore plus localisées, éphidrose palpébrale de de Graefe.

Enfin, il est des cas où une éphidrose, d'abord localisée offre une tendance à l'extension : elle gagne le cou, l'épaule, le membre supérieur. On n'a plus alors affaire à une éphidrose; ce sont des sueurs unilatérales, des hémidroses.

Nous ne parlerons pas ici des éphidroses faciales provoquées. On connaît les belles recherches de M. Straus (1879), dans lesquelles cet auteur a appliqué au diagnostic du siège de la lésion dans la paralysie faciale les résultats que donne la sudation par la pilocarpine. Dans la paralysie d'origine périphérique, il y a un retard d'une à deux minutes dans la sudation du côté paralysé. Les sueurs paraissent aussi persister un peu plus longtemps de ce côté, tandis que dans la paralysie d'origine cérébrale la fonction est égale des deux côtés.

II

OBSERVATION. — *Ephidrose faciale droite. Mydriase du côté correspondant. Thermanesthésie et troubles de la sensibilité dans le membre supérieur droit.*

Le nommé Emile D..., âgé de trente et un ans, charcutier, entré le 8 février 1886 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. MOUTARD-MARTIN.

Jusqu'à présent, cet homme n'a jamais été malade. Il y a cinq ans cependant il aurait eu une typhlite. Il y a un an, il est

tombé d'une échelle sur le coude : il en est résulté une plaie et une ostéite du cubitus qui ont nécessité un séjour d'un mois à l'hôpital Saint-Louis.

Dans son enfance, il a été atteint de scrofule sous forme d'écoulement d'oreilles et d'adénopathie cervicale. On ne trouve chez lui ni syphilis, ni rhumatisme, ni alcoolisme, ni impaludisme.

Lesparents vivent encore et sont bien portants. On ne trouve chez eux aucune diathèse non plus que chez les grands-parents. Deux sœurs sont en bonne santé et ne sont pas nerveuses. Lui-même étant jeune, ne présentait pas de signes de nervosisme, mais des migraines : il est d'un caractère sombre, taciturne, indolent et paraît s'irriter assez facilement.

Il raconte qu'au mois de mai 1880, il s'aperçut que des sueurs survenaient à la tempe droite lorsqu'il mangeait. Cette sueur apparaissait une ou deux minutes après la première ingestion des aliments et cessait lorsque le repas était fini.

Peu à peu l'éphidrose s'est étendue et a envahi sur la partie latérale droite de la face, la joue, l'oreille, puis la moitié correspondante du cuir chevelu, du cou et du moignon de l'épaule. Cette dernière n'est le siège d'hypersudation que depuis quelques mois seulement, tandis que les autres parties ont été envahies dans l'espace de dix-huit mois environ. On ne trouve aucune exagération de la sueur dans l'aisselle, au bras, ni à la main. La fonction sudorale du côté gauche du corps et sur le tronc semble normale.

Le malade remarque que depuis plusieurs mois il sue davantage et, bien qu'il ne souffre pas, cette affection est assez gênante pour qu'il réclame son admission à l'hôpital.

Il sue en mangeant, environ une demi-minute après que les aliments ont été mis en contact avec la muqueuse buccale. Environ cinq minutes après le repas il n'y a plus de sueur. L'impression seule des aliments suffit pour amener la sudation et inconvénients de mastication n'ont aucun effet. Cependant du sel et du sucre déposés sur la langue n'amènent pas la sueur du visage. Au contraire, le vin, le lait déterminent l'éphidrose rapidement. Les aliments chauds produisent plus rapidement l'hypersudation que les aliments froids. Le malade n'a jamais remarqué que l'idée de manger, ni la pensée d'aliments sapides fissent apparaître la sueur à la face. Les mouvements violents sont également sans influence. Quand il a la tête couverte, le

cuir chevelu est en moiteur dans sa moitié droite, mais cette moiteur se remarque seulement sur les parties recouvertes par la casquette.

D... a remarqué que l'éphidrose ne se produisait pas seulement sous l'influence de l'alimentation; quelquefois, le matin en se levant, il a vu la tempe et la partie latérale droite du front couvertes de gouttelettes de sueur, mais bien moins abondantes que lorsqu'il mange. D'autres fois, c'est pendant son travail qu'il s'aperçoit d'une transpiration au niveau des parties indiquées et dans ces cas l'éphidrose est précédée d'une série d'étourdissements.

Si l'on fait manger le malade on voit presque aussitôt sourdre de fines gouttelettes de sueur qui se réunissent pour couler le long du visage et du cou. Cette sueur occupe la partie médiane et latérale droite du front, la tempe, la partie correspondante du nez. L'oreille et le cou sont seulement en moiteur. Elle est limpide, claire, fortement acide, contient des chlorures, ne renferme aucune trace d'albumine. L'éphidrose s'arrête exactement à la ligne médiane de la face. En passant la main dans ses cheveux, on sent que toute la partie droite du cuir chevelu est mouillée, la moitié gauche reste sèche. Jamais nous n'avons constaté de changement de couleur des téguments, aucune rongeur, aucune dilatation vasculaire, ni aucune anomalie du côté de la conjonctive : celle-ci n'est pas hypérémiée, il n'y a pas d'exophthalmie. L'ouverture palpébrale est égale des deux côtés. Il n'y a pas d'élévation de température : du côté de la muqueuse buccale on ne trouve ni rougeur, ni hypersécrétion salivaire correspondant à la moitié droite.

La sueur coule abondamment : il est assez difficile d'en évaluer la quantité; elle persiste tant que dure le repas et ne cesse que cinq ou six minutes après que le malade a fini de manger.

En plaçant alternativement sur la face dorsale de la langue, du sel, puis du sucre, on peut se rendre compte que les sensations générales ou spéciales sont parfaitement perçues par le malade, mais on ne détermine ancune hypéridrose. Les impressions perçues par la muqueuse buccale sont également normales.

Tous les viscères sont sains : il n'y a aucune lésion du cœur ou de l'aorte, aucune tumeur appréciable du cou ni du thorax. Les urines sont normales.

L'état général est bon. D... mange bien, dort bien. Il se plaint seulement d'étourdissements qui surviendraient par moments, tous les jours et même plusieurs fois par jour, sans cause appréciable, mais surtout lorsqu'il est très fatigué et qui ne durent que quelques secondes. Le malade dit que sa tête tourne; mais il n'est pas obligé de s'asseoir ni de se retenir : il n'est jamais tombé. Il n'accuse ni douleurs de tête, ni perte de mémoire, ni aucun trouble de sensibilité spéciale. Du côté de la vue notamment, on ne constate rien d'anormal.

Mais il existe une inégalité pupillaire des plus manifestes : la pupille droite est dilatée et reste plus paresseuse à la lumière. Il ne semble pas d'ailleurs que cette mydriase du côté droit ait ralenti sur l'acuité de la vision. L'examen de sensibilité montre que celle-ci est intacte dans tous ses modes, à la face, au tronc et aux membres inférieurs.

Mais il n'en est pas de même aux membres supérieurs.

D... a remarqué, depuis quelques années, qu'en plongeant les bras dans l'eau chaude, il ne sentait pas à la main droite la température de cette eau, tandis qu'il l'appréciait parfaitement du côté gauche. Ces phénomènes persistent encore aujourd'hui et voici ce que l'examen de sensibilité nous revèle.

La sensibilité à la température est égale aux deux bras et aux avant-bras. Mais déjà au niveau du poignet droit le malade commence à différencier plus difficilement le chaud du froid.

A la main droite sur ses deux faces, le froid ne donne plus qu'une sensation de contact, le chaud est à peine perçu et plutôt encore comme sensation de contact. Aux doigts et surtout à partir de la moitié inférieure des premières phalanges, le malade ne perçoit plus du tout la chaleur. On peut le brûler sans qu'il accuse une sensation outre que celle du contact. A la main gauche on ne constate rien de semblable. La sensibilité, au contact, à la douleur la sensibilité électrique persistent dans toute l'étendue des membres supérieurs; mais le malade nous dit qu'il sent moins du côté droit, affirmation dont le compas de Weber montre l'exactitude. A la main droite, D... paraît sentir aussi bien sur la sphère du cubital que le long du trajet des autres nerfs. Il n'y a pas de retard des sensations.

D... raconte en outre, que depuis 1877 il ressent des douleurs dans le membre supérieur droit. Ces douleurs ont débuté par le poignet sous forme de fourmillements, puis elles ont gagné

l'avant-bras et le bras, et actuellement D... ressent dans la sphère du cubital, principalement dans l'annulaire, des fourmillements, des élancements revenant à peu près tous les jours et même plusieurs fois par jour, durant environ trois ou quatre minutes, remontent le long de la partie interne du bras pour se perdre dans l'épaule. On ne détermine d'ailleurs aucune douleur par la pression sur les nerfs du membre supérieur droit, non plus qu'au niveau du plexus brachial.

Enfin D... se plaint d'avoir, depuis quelques semaines, une sensation de poids, de gêne, parfois des élancements au niveau de la partie moyenne et latérale du thorax du côté droit, mais il n'y a aucun signe de névralgie intercostale. Cependant la pression provoque de la douleur à la partie moyenne des côtes le long de la ligne axillaire.

Il n'y a pas d'amiotrophie du membre supérieur droit, les forces y sont conservées. Les réflexes du coude, des fléchisseurs, du genou, sont normaux. La température est normale et égale des deux côtés du corps.

On ne trouve aucun signe de tabes, de paralysie générale, de tumeur cérébrale d'hystérie.

12 *janvier*. — On a injecté sous la peau de la joue droite un milligramme de chlorhydrate de pilocarpine; on voit apparaître aussitôt de la rougeur locale, mais sans sudation.

13. —Injection de deux milligrammes. Même rougeur locale et appartion sur la tempe, le nez, la joue d'une sueur claire, limpide, acide qui persiste une demi-heure.

15. —Injection au même point de quatre milligrammes. On ne constate pas de rougeur locale. La sueur apparaît après une minute un quart. La sudation dure quarante-cinq minutes, mais n'atteint que les parties qui suent habituellement. Le reste du corps est sec.

Une injection d'un centigramme amène une sueur généralisée, plus abondante du côté droit de la face et du cou.

Le traitement par l'atropine, l'ergotine, le tannin échoue. Les courants continus (7 à 10 milliampères) sur la colonne cervicale et le sympathique cervical ne donnent aucun résultat.

Le malade quitta l'hôpital le 15 février.

(Nous avons revu ce malade à la fin de juillet. Son état est toujours le même. Les douleurs thoraciques ont augmenté et sont dues à une névralgie intercostale du côté droit.)

III.

Passons maintenant en revue les principales observations que nous avons relevées. Elles sont susceptibles d'être ramenées à l'un des quatre groupes que voici :

A. — Dans une première classe, il y a une altération matérielle du système nerveux cérébro-spinal. A cette catégorie appartiennent les observations suivantes : Bichat cite le fait d'un malade atteint d'éphidrose faciale gauche avec hémiplégie gauche. Mickle rapporte trois cas d'éphidrose faciale chez des paralytiques généraux.

Bazire relate l'observation d'un ataxique chez qui, au moment des paroxysmes douloureux une transpiration abondante survenait sur le côté gauche du front. Il y avait chez ce malade des troubles oculaires.

Roque rapporte le cas d'un jeune homme qui, à la suite d'une congestion cérébrale vit survenir des sueurs du côté droit de la tête et du moignon de l'épaule. Les repas les émotions augmentaient cette sécrétion et, quatorze ans après, les parties qui en étaient le siège s'étaient amaigries : les cheveux avaient blanchi du même côté.

Anstie a vu un enfant de six ans atteint de crises épileptiques avec éphidrose partielle de la face.

De même Ramskill a vu un épileptique chez qui se développait une sudation exagérée d'un côté de la face lorsqu'il marchait vite.

Meschede signale une observation d'hémidrose, surtout prononcée au visage et datant de vingt ans. A

l'autopsie on trouva une hypérostose concentrique des os du crâne et une atrophie d'une partie des circonvolutions de la base de l'encéphale.

O. Berger rapporte le cas d'un homme atteint d'éphidrose latérale gauche de la face et du cou. La peau n'était pas rouge : il n'y avait aucun trouble pupillaire, aucun trouble de sensibilité. La pression au niveau des apophyses épineuses des dernières vertèbres cérvicales provoquait de la douleur. Kiedemeister a vu chez un aliéné une éphidrose palpébrale gauche qui a envahi consécutivement la tempe et le front. Morselli (de Florence) a publié en 1870 l'observation que nous donnons en résumé :

Femme de cinquante-cinq ans qui éprouvait depuis quelque temps de la faiblesse des jambes, des maux de tête, etc., lorsque survint une paralysie de la jambe droite. La céphalalgie limitée au côté droit devint de plus en plus pénible et fréquente. Des vertiges et des attaques comateuses apparurent.

La malade entre à l'hôpital dans le coma. Le visage est plus coloré à droite, l'œil droit est larmoyant. Les pupilles sont également dilatées. Le lendemain le coma a cessé. La rougeur intense de la moitié droite de la face s'étend à la conjonctive, au cou et à l'oreille. La joue droite est enflée, plus volumineuse que la gauche et ruisselante de sueur. La température est plus élevée du côté droit. La pupille est contractée, presque insensible à la lumière.

A l'autopsie, on trouva à la partie antérieure de l'hémisphère gauche un gliome s'étendant jusqu'au corps strié.

On trouva en outre des lésions du grand sympathique cervical. Le ganglion cervical supérieur du côté droit est notablement hypertrophié. Au microscope on constate la pigmentation et la dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses ; la prolifération des éléments conjonctifs. On note une thrombose des capillaires avec prolifération du noyau de leurs parois ; chez quelques-uns à une période plus avancée, de l'épanouissement marqué des parois avec dégénérescence graisseuse de leur con-

tenu. En somme sclérose et dégénérescence graisseuse des ganglions.

Nous avons rapporté cette observation avec quelques développements. C'est en effet l'un des rares cas où l'autopsie ait été faite et eu égard aux lésions du sympathique qui y sont signalées, nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin.

B. — Dans une deuxième classe la lésion n'est plus centrale, mais elle affecte le grand sympathique dans sa portion cervicale ou au niveau de son premier ganglion thoracique. C'est ainsi que l'éphidrose faciale a été signalée dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique.

Gairdner en a rapporté deux cas : l'éphidrose était exactement limitée à un côté de la face : il y avait contraction pupillaire du même côté.

Bartholow rapporte un cas analogue dans lequel il s'agissait probablement d'un anévrysme : il y avait également du myosis du côté de l'éphidrose.

Weir Mitchell rapporte une observation dans laquelle deux ans après une blessure du cou par un balle, il y avait une hypéridrose de la face et du cou.

Ogle a vu un malade chez qui à la suite d'une abondante suppuration du côté droit du cou il s'était développé une éphidrose faciale du même côté. Il y avait en outre, pendant les exercices et parfois aussi au repos, une rougeur plus marquée de ce côté de la face qui était aussi plus chaud.

Mais un exercice violent ou la fièvre renversaient les conditions de sudation des deux côtés de la face. Le côté gauche suait, alors que le côté droit restait sec.

M. Verneuil a vu se développer une éphidrose faciale à la suite d'une ligature de la carotide. Il y avait

en outre du myosis du même côté avec dilatation vasculaire et augmentation de température de cette partie de la face.

Frankel cite un malade qui, avec une hypertrophie du corps thyroïde, était atteint d'une éphidrose faciale gauche.

Nitzelnadel (cité par Rosenthal) rapporte l'observation d'un malade atteint de goître exophthalmique qui présentait une éphidrose faciale. Il y avait de plus du myosis, de la rougeur des téguments et une augmentation de température.

On peut faire rentrer dans cette classe les deux observations de M. Fritz dans lesquelles l'éphidrose faciale survint dans le cours d'une thrombose des sinus crâniens. La distribution des branches afférentes du nerf vertébral semble donner l'explication de ce symptôme.

M. Riehl a publié, en 1884, une observation dont voici le résumé :

Femme atteinte depuis plusieurs années de douleurs dans le côté gauche de la tête. Ces douleurs survenaient à intervalles irréguliers et s'accompagnaient de rougeur, hyperthermie et éphidrose de la moitié correspondante de la tête. Pendant ces accès la pupille gauche était dilatée, mais non au maximum : elle ne réagissait qu'avec paresse aux excitations lumineuses. Il existait en outre une diminution de l'acuité visuelle de ce côté et une légère injection de la conjonctive. A l'autopsie on trouva une intégrité absolue du sympathique cervical droit et du sympathique gauche, sauf pour le ganglion cervical supérieur. Celui-ci atteignait un volume double de celui du côté opposé. A la coupe il était injecté et de coloration rosée. Au microscope on trouva une infiltration de cellules rondes entre les faisceaux nerveux et les cellules ganglionnaires. Les vaisseaux étaient remplis de sang et quelques veines étaient inégalement dilatées par places. La plupart des

cellules ganglionnaires ne présentaient pas d'altération. Dans un point cependant les cellules étaient ratatinées. Dans un autre endroit on trouva une hémorrhagie ponctiforme. Le noyau des cellules était très net : il y avait une pigmentation prononcée du protoplasma.

Les fibres du sympathique n'étaient altérées ni au-dessus ni au-dessous du ganglion.

Cette observation nous paraît être la seule dans laquelle, avec les symptômes les plus manifestes d'une paralysie du sympathique cervical, on s'est trouvé en présence d'une dilatation pupillaire (incomplète, il est vrai), au lieu du myosis qui est la règle. Peut-être dans ce cas faut-il admettre que la dilatation pupillaire tenait à une action réflexe déterminée par la douleur. En effet, d'après les expériences de MM. Vulpian et Liégeois, une semblable lésion ganglionnaire en quelque sorte destructive aurait dû avoir pour effet d'exagérer le myosis. Peut-être aussi faut-il admettre une dissociation des fibres irido-dilatatrices et vaso-motrices, la même cause qui déterminait la paralysie de celles-ci ne produisant qu'une phase d'excitation de celles-là. D'après M. Fr. Franck, Schiff a signalé des exemples de cette dissociation entre ces deux ordres de fibres[1].

Quoi qu'il en soit, M. Riehl ne donne aucune explication de cette mydriase que l'on ne rencontre pas habituellement, comme nous le verrons dans les cas de paralysie du sympathique cervical.

On trouve encore dans cette observation, sur laquelle nous insistons à dessein, une lésion déjà signalée par

[1] Fr. Franck. — Art. *Grand Sympathique*, du *Dict. encyclopédique*, 3e série, t. IX, p. 67.

Ebstein et que nous retrouverons plus loin : pigmentation des cellules ganglionnaires, dilatation des vaisseaux. M. Riehl cite dans son travail une observation due à M. Guttmann et qui se rapproche par beaucoup de points de la précédente :

Il s'agit d'un homme atteint d'une affection pulmonaire et qui présente une éphidrose faciale gauche avec exophthalmie légère de ce côté et dilatation de la pupille correspondante. Par instants, la sueur gagnait la partie correspondante du cuir chevelu et du cou. On voit souvent des phénomènes concomitants de rougeur diffuse ou bien sous forme de plaques isolées : cette rougeur peut survenir indépendamment des sueurs. Il y a aussi de l'hyperthermie et parfois un peu d'injection de la conjonctive avec de l'épiphorase. La mydriase varie d'intensité : le diamètre pupillaire peut augmenter ou diminuer en quelques minutes. La pupille réagit normalement à la lumière. Une lésion des ganglions du sympathique cervical reste possible : la pression sur le sympathique gauche dit Guttmann est un peu douloureuse.

Dans cette deuxième observation il y a paralysie des fibres vaso-motrices, comme dans l'observation de M. Riehl, et, comme dans celle-ci, on se trouve également en présence d'une mydriase qu'il faut bien rapporter à une excitation des filets oculo-pupillaires. Il est à remarquer toutefois que les symptômes de paralysie ou troubles vaso-moteurs étaient intermittents, ce qui tendrait à faire admettre qu'à la suite de la période d'excitation produisant l'éphidrose et la mydriase survenait un stade de paralysie avec les phénomènes habituels. Les variations successives de diamètre pu-

pillaire viendraient corroborer cette opinion. Disons cependant, par anticipation, que telle n'est pas la marche habituelle de la paralysie du sympathique cervical, et que, dans les expériences de M. Nicati, on ne relève rien de semblable. D'ailleurs, en l'absence d'autopsie, il serait imprudent d'entrer plus avant dans cette voie hypothétique. C'est également dans cette classe que l'on doit ranger notre deuxième observation.

Le nommé Emile S..., commissionnaire, âgé de trente-neuf ans, entre le 27 avril 1887 à la Pitié, service de M. le Dr LANCEREAUX.

Comme antécédents morbides, on relève chez ce malade une fièvre typhoïde, une pneumonie et une pleurésie, celle-ci datant de deux ans et ayant affecté la plèvre gauche. — On note aussi un léger degré d'alcoolisme.

Il raconte que depuis quelques mois, il toussait et était essoufflé; il a cessé son travail il y a un mois et depuis il a vu survenir de l'anorexie, des sueurs nocturnes en même temps que l'amaigrissement.

Il crache assez abondamment — l'expectoration est muqueuse, aérée; quelques crachats déchiquetés. Examen du malade. — Thorax aplati et amaigri. — Matité aux deux sommets, en avant et en arrière. Respiration rude — râles cavernuleux, surtout à droite. Dans le reste de l'étendue des poumons, râles sous-crépitants avec respiration soufflante; à droite, tonalité plus élevée qu'à gauche — perte de l'élasticité. — Léger épanchement pleural. Une ponction faite avec la seringue de Pravaz permet de retirer un liquide citrin qui coagule par l'acide nitrique. Cependant le murmure vésiculaire persiste en ce point; il est seulement affaibli — pas d'égophonie — pas de pectoriloquie aphone — pas de frottements. En résumé, tuberculose pulmonaire à la deuxième période et pleurésie tuberculeuse à droite.

En outre le malade est couvert d'une sueur abondante sur toute la partie droite de la figure. Cette hémidrose est nettement localisée à droite et atteint principalement la région

frontale. Elle commence à la ligne médiane, envahit la tempe, la racine du nez à sa partie latérale droite, la région malaire et s'étend jusqu'au cou, mais ce dernier n'est pas atteint par l'hypersudation. La sueur est abondante, acide, sécrétée à tout instant, aussi bien au repos que lorsque le malade est éveillé, parle ou mange. Elle n'augmente pas sous l'influence des mouvements de mastication, des émotions ou des mouvements.

Au réveil, le malade est couvert de sueurs générales, et la sudation de la face est notablement plus considérable à droite qu'à gauche.

Il n'y a pas de rougeur de cette partie de la face; pas d'augmentation de la température — pas de troubles pupillaires. Les pupilles sont égales; elles semblent toutefois un peu plus étroites que normalement; mais elles réagissent également bien à la lumière et à l'accommodation. — Pas de troubles de sécrétion lacrymale. — Rien d'anormal dans la sécrétion salivaire.

Le malade n'accuse aucune sensation subjective; il n'est gêné que par l'abondance de la sueur. Il est atteint de cette éphidrose depuis plusieurs mois, mais il n'en peut préciser le début. On ne trouve sur le trajet du sympathique aucune tumeur, ni rien qui puisse expliquer cette éphidrose faciale.

Les jours suivants les sueurs augmentent encore; aussi bien l'éphidrose de la face que les sueurs générales. — Le malade s'affaiblit de plus en plus.

Le 16 mai, il est pris d'une attaque épileptiforme; les mouvements convulsifs ont duré quelques instants; le malade a déliré pendant un quart d'heure, puis il a repris connaissance. Au début, dit-il, il avait parfaitement conscience de son état, et il aurait été prévenu de cette attaque par de l'obtusion des idées.

Dans la nuit, deuxième crise semblable à la précédente. Il a de nouveau assisté au développement de cet accès; après deux minutes d'anxiété, il a perdu connaissance. Cependant, il accuse une légère amélioration. Les sueurs ont été moindres, et il ressent un certain bien-être.

Le 18 mai, état stationnaire. — Le malade mange un peu.

Le 19 mai, il meurt subitement. — Ses voisins n'ont pas remarqué qu'il ait fait avant de mourir le moindre mouvement.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax on constate que le péricarde est distendu par un verre environ d'un liquide teinté par le sang. — Pas de fausses membranes de péricardite. — Adhérences pleurales intimes des deux côtés, mais surtout à droite. — Pleurésie multiloculaire avec faible quantité de liquide séro-fibrineux.

Tandis qu'à gauche les fausses membranes sont faibles, peu adhérentes, à droite au contraire elles constituent une véritable pachypleurite de deux millimètres et plus d'épaisseur et tapissées de tubercules qui atteignent les dimensions d'un gros grain de millet environ.

Le long de la colonne vertébrale on ne détache qu'avec peine cette plèvre qui comprime le tronc du sympathique à sa partie inférieure — toutefois ce dernier est sain. Mais lorsqu'on arrive au ganglion cervical inférieur, il faut en quelque sorte sculpter ce dernier qui se trouve en plein tissu de pleurésie tuberculeuse appliqué étroitement contre le col de la première côte. Il est allongé, mais aplati et de dimensions bien moindres que celui du côté gauche. Il ne paraît cependant pas plus rouge que l'autre, mais il est entouré par cette pachypleurite qui remonte même au-dessus de lui, au niveau du reflet de la plèvre. Le tronc du sympathique cervical est sain; le ganglion cervical moyen est un peu plus gros de ce côté que celui du côté gauche; à gauche le sympathique est également normal. Le ganglion cervical inférieur est très développé, mesure environ deux centimètres et demi de large. Il est dur et résistant, tandis que celui du côté droit semble plus mou à la coupe. — Les deux poumons sont infiltrés de petits tubercules. — Aux deux sommets on trouve de petites cavernules. — Congestion et emphysème disséminés. — Les autres viscères sont sains.

Examen microscopique du ganglion cervical inférieur, du côté malade. (Voir planche V[1].) — L'enveloppe fibreuse du ganglion est normale; elle n'est pas épaissie et les vésicules graisseuses qui l'entourent ne présentent rien de particulier. — Les tractus celluleux qui partent de cette enveloppe extérieure du ganglion pour se diriger vers le centre sont plus volumineux qu'à l'état normal. — En certains points de la

[1] Cette planche paraîtra avec le prochain numéro.

préparation, ces cloisonnements sont seulement composés de fibres qui dissocient les éléments du ganglion sans présenter de cellules de nouvelle formation; mais dans la plupart des points de la coupe, on trouve dans ces tractus fibreux une infiltration considérable d'éléments embryonnaires qui entourent à la fois les cellules nerveuses et les vaisseaux, sans toutefois prédominer autour de l'un ou l'autre de ces éléments.

Tandis que les vaisseaux sont sains et ne présentent aucune trace d'endartérite ni de périartérite, sans qu'on puisse trouver aucune thrombose veineuse, on trouve au contraire des altérations manifestes des cellules. — En quelques points de la préparation, notamment à la périphérie, on trouve une forte congestion vasculaire. Dans les points où celles-ci sont à peine entourées d'éléments embryonnaires, elles présentent leurs dimensions normales, mais elles sont granuleuses et l'on ne peut distinguer leurs noyaux. Elles sont, en général, arrondies ou ovoïdes. Dans les points, au contraire, où la néoformation conjonctive est plus abondante, on voit ces cellules petites, ratatinées et comme atrophiées par la compression; elles sont fortement colorées en rouge par le carmin, tandis que les cellules saines fixent davantage l'acide picrique.

Les fibres nerveuses qui traversent le ganglion sont parfaitement saines.

Dans l'intérieur même du ganglion on trouve, au milieu du tissu conjonctif, quelques vésicules adipeuses bien colorées en noir par l'acide osmique. — Les autres ganglions cervicaux du sympathique sont sains. — Ils ne présentent non plus que ceux du côté gauche l'infiltration nucléaire que l'on trouve dans le ganglion cervical inférieur du côté malade. — Le tronc du nerf est également normal. En résumé, prolifération nucléaire abondante, compression des cellules du ganglion qui s'atrophient : telles sont les deux altérations principales que l'on observe ici.

C. — Dans une troisième classe, ce sont les nerfs de la face qui sont lésés. Il y a dans ces cas une irritation des fibres excito-sudorales qui accompagnent le facial ou le trijumeau.

On connaît plusieurs exemples d'hypéridrose faciale dans les névralgies du trijumeau. M. Débrousse-Latour en rapporte dans sa thèse.

On sait de même que dans la migraine, on peut observer des faits analogues.

M. Ollivier a rapporté un cas très intéressant d'éphidrose limitée à la branche maxillaire supérieure du trijumeau. Au moment où la sudation atteignait son maximum, il y avait hypérémie de la région. Chez ce malade, l'affection paraissait être héréditaire : la sœur en était atteinte, ainsi que trois enfants qu'elle avait.

A cette classe appartiennent aussi la plupart des observations d'éphidrose parotidienne. Le plus souvent, en effet, à la suite de parotidites suppurées de tumeurs de la parotide, d'opérations pratiquées sur la région, il y a irritation des fibres sudorales et l'éphidrose s'ensuit.

On connaît le cas de Bérard qui était atteint d'éphidrose parotidienne, depuis une parotidite qui était survenue lors d'une fièvre grave.

On trouve aussi dans la thèse de M. Bézard, dans celle de M. Bouveret, dans un travail de M. Bergounhioux, des observations semblables de malades traités dans le service de Nélaton. Ces observations ne sont pas très rares.

Comme le fait remarquer M. Bouveret, cette éphidrose dépasse parfois la région et se manifeste sur les régions voisines et même sur une étendue considérable de face. Dans tous les cas, un traumatisme de la région se rencontre à l'origine du mal. M. Bouveret fait aussi remarquer que tandis que la joue se couvre de sueurs,

la moitié correspondante de la muqueuse buccale reste sèche, mais ce n'est pas là une règle absolue.

Dans ces cas, la sudation est généralement d'ordre réflexe et elle succède à une excitation des nerfs du goût. Ces faits vont nous servir de transition pour passer à ceux que l'on peut ranger dans la classe suivante.

D. — Dans cette quatrième classe, l'éphidrose est d'ordre réflexe. On la rencontre ordinairement chez des sujets hystériques, chez des nerveux. L'hyperexcitabilité sudorale est mise en jeu par l'impression de certains nerfs périphériques ou même par des influences psychiques.

Dans les éphidroses parotidiennes, avons-nous dit, ce sont les nerfs du goût qui interviennent comme point de départ du réflexe. Le malade mange, et aussitôt on voit perler sur la région de la parotide des gouttelettes de sueur qui se réunissent et finissent par couler sur la joue.

Mais en dehors de ces cas, où l'éphidrose limitée à la région de la parotide ou ayant débuté par cette région pour s'étendre ensuite, est consécutive à un traumatisme ancien, il en est d'autres où il n'y a eu aucune lésion antérieure et dans lesquels l'éphidrose est d'ordre purement réflexe, sans excitation préalable des fibres sudorales du facial.

En 1740, Kastremsky rapportait le fait d'un malade qui suait lorsqu'il prenait des aliments salés ou de haut goût. Barthez a publié l'observation d'un homme qui suait d'un seul côté de la face, lorsqu'il mettait du sel sur le côté correspondant de sa langue qui

était excoriée. Hartmann rappelle l'observation d'un homme qui suait du côté gauche de la face après avoir mangé.

M. Bouveret a vu chez M. Gallard un malade atteint d'éphidrose faciale, lorsqu'il prenait des aliments : la sueur cessait avec la mastication.

On trouve signalés dans la thèse de M. Bézard quelques faits d'éphidrose faciale, à la suite d'ingestion d'aliments très épicés ou dans la préparation desquels il rentrait des acides, du vinaigre, du citron. On connaît enfin l'exemple de M. Brown-Séquard, rapporté par lui dans les Comptes-rendus de la Société de biologie.

« Chez M. Brown-Séquard, une sécrétion très abondante de sueur au visage a lieu toutes les fois qu'il excite les nerfs du goût par des aliments très salés, très épicés ou très sucrés, en un mot d'une saveur très vive. La sécrétion a lieu également en hiver et en été. Le mouvement des mâchoires n'y est pour rien, car avec des aliments très peu savoureux, mâchés pendant longtemps, l'effet n'a pas lieu, tandis qu'il se produit alors même, s'il n'y a pas de mastication et qu'un aliment très sapide est tenu pendant quatre ou cinq minutes dans la bouche. M. Brown-Séquard a constaté le même phénomène, mais avec moins d'intensité que chez lui, sur six personnes. Il fait l'expérience devant la Société de Biologie : la substance savoureuse est du chocolat. En moins de cinq minutes, son visage est baigné de sueur. »

Dans d'autres cas, ce n'est plus une excitation des nerfs du goût qui détermine l'hypéridrose. Ce sont alors différents nerfs, soit de sensibilité spéciale, soit de

sensibilité générale qui sont le point de départ de l'action réflexe et peut-être aussi les filets viscéraux du sympathique. M. Débrousse-Latour cite le cas d'un jeune homme dont le front se couvrait d'une sueur abondante, lorsqu'il respirait du vinaigre.

Tackenberg (in *Lyon médical*, 1879) a vu un homme atteint d'une obstruction ancienne de la narine droite, par déviation de la cloison. Il y avait de l'anosmie de ce côté et une éphidrose faciale droite, lorsque le malade parlait. Le cathétérisme amena la guérison de cette oblitération et une diminution de l'éphidrose.

Erasmus Wilson mentionne le cas d'un malade qui, après de violentes douleurs gastriques, suait d'un côté de la face. Il rapporte également une observation intéressante où une éphidrose latérale de la face succéda à l'ingestion d'une boisson froide. Il s'agissait d'un jeune acteur qui s'était grimé pour jouer un rôle de vieillard. La sueur qui coulait d'un seul côté de la face lui avait rendu ses traits naturels et la double expression de son visage excitait chez les spectateurs une hilarité que le malheureux acteur attribuait à son jeu irréprochable.

On connaît, d'ailleurs, d'autres exemples où l'ingestion de certains aliments, de l'alcool, produisent une hypersécrétion sudorale de la face générale ou unilatérale. Il en est de même dans certains cas d'indigestion, ou bien à la suite d'états dyspeptiques. Bartholow rapporte un cas d'éphidrose faciale gauche, survenue chez un phtisique atteint de gastralgie avec vomissements.

Il rapporte également un cas d'éphidrose droite avec nausées et douleurs gastriques. Dans un autre ordre de faits, c'est une émotion, une excitation psychique

qui déterminent l'éphidrose. Parfois même, il n'y a aucune cause occasionnelle appréciable : les sujets sont seulement des neurasthéniques.

Tuke rapporte une observation de Gratiolet, dans laquelle une excitation émotionnelle fut suivie d'une éphidrose unilatérale de la tête.

Bartholow cite l'observation d'une femme qui présentait par instants des accès de rougeur de la face avec hypéridrose et hyperthermie sans autre trouble apparent de la santé.

M. Leudet (de Rouen) a rapporté au congrès de Bordeaux l'observation d'une femme nerveuse atteinte d'éphidrose latérale droite de la face, suivant le trajet des deux premières branches du trijumeau. La sudation survenait sous l'influence de toute préoccupation. Il n'y avait ni rougeur, ni troubles pupillaires, mais amblyopie du même côté.

En résumé, dans toutes les observations d'éphidrose de la face, il est possible de noter un trouble dans le fonctionnement du système nerveux. Ces éphidroses peuvent rentrer, pensons-nous, dans l'un des quatre groupes suivants :

1° Altération matérielle du système nerveux central ;

2° Lésion du cordon cervical du grand sympathique ;

3° Lésion des nerfs de la face (facial ou surtout trijumeau);

4° Trouble réflexe dont le point de départ réside dans une excitation des nerfs du goût, des nerfs de sensibilité générale ou spéciale, ou encore dans une perturbation psychique. Dans quelques cas, l'éphidrose

paraît n'être qu'une détermination locale du nervosisme.

C'est probablement parmi les faits de ce genre que l'on doit classer les observations où l'on n'a noté aucune lésion apparente dans les différents organes. M. Bartholow pense que dans ces cas il y a quelque altération d'un ou de plusieurs des ganglions cervicaux du sympathique. Nous reviendrons plus loin sur cette question. (*A suivre.*)

DE L'ÉPILEPSIE PROCURSIVE[1];

Par BOURNEVILLE et P. BRICON

IV. — VERTIGES PROCURSIFS.

Nous avons déjà vu dans les observations précédentes des malades présenter concurremment avec des accès de type procursif divers des accidents procursifs dont quelques-uns semblent se rapprocher des vertiges. La distinction entre l'*accès procursif* et le *vertige procursif* est souvent fort difficile à établir. Il faut au surplus se rappeler que la plupart des divisions sont purement artificielles, que si elles sont nécessaires pour la compréhension et l'exposé des phénomènes observés, il ne s'ensuit pas qu'on puisse y adapter chaque cas particulier. Leurs frontières sont fort mal délimitées. N'observe-t-on pas, du reste, fort souvent une gradua-

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, vol. XIII, n° 39, mai 1887, p. 321, et vol. XIV, n°s 40 et 41, p. 55 et 235, juillet et septembre 1887.

tion symptomatique entre les différents actes épileptiques, de l'absence à l'accès le plus franc, d'où la difficulté de classer certains phénomènes considérés différemment selon les auteurs.

Nous avons dit que dans certains cas nous considérions l'*acte procursif* comme constituant un *accès incomplet*, mais il s'agit alors de malades chez lesquels on constate la transformation graduelle des accès procursifs en accès d'épilepsie ordinaire qui, plus tard, persistent seuls. Il n'en est pas de même pour ceux où l'accident procursif n'apparaît que longtemps après le début de l'épilepsie et chez lesquels il paraît être un accident isolé indépendant de l'accés. Tel est le cas du malade qui fait l'objet de l'observation suivante :

OBSERVATION XXV. — *Père, mort phthisique. — Mère migraineuse de l'âge de six ans à la ménopause. — Grand'mère maternelle, migraineuse. — Une tante et trois oncles maternels migraineux. — Cinq frères morts jeunes de convulsions. — Enfant adultérin.*

Convulsions à dix mois. — Début à sept ans à la suite d'une peur. — Diminution rapide des facultés intellectuelles. — Vertige procursif isolé en 1886.

Niv... (Louis-Georges), né le 20 mai 1861, est entré à Bicêtre le 15 mai 1877 (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par la mère. — Père naturel, plombier zingueur, pas d'accidents saturnins, sobre, mort de phthisie à l'âge de quarante-deux ans. [*Père* et *mère*, *sœurs* et *frères* bien portants. — Pas d'épileptiques, pas de suicides, etc., dans la famille.]

Mère, soixante-deux ans, marchande des quatre saisons ; *migraineuse* dès l'âge de six ans ; les migraines ont disparu à la ménopause; a eu une pleurésie et une pneumonie, mais est actuellement bien portante. [*Père,* pas de détails. — *Mère, migraineuse,* morte du choléra. — Une *sœur* et trois *frères*

migraineux, morts on ne sait de quoi. Pas d'épileptiques, etc., dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Neuf enfants. — De son mari, une fille. — De son amant les six premiers enfants sont morts jeunes à la suite de convulsions; un autre est mort également jeune d'une fracture de la colonne vertébrale. *Notre malade* est né treize mois avant le décès du père. *Grossesse*, bonne. — *Accouchement*, normal. — Pas d'asphyxie à la naissance. — Bien venant, il a marché et parlé de bonne heure. A dix mois, il eut des *convulsions* sans cause connue et sans troubles physiques et intellectuels consécutifs. Il était intelligent, allait à l'école où il apprenait bien. A sept ans, un ivrogne l'a enlevé et porté sur sa tête, il eut peur. Trois jours après, étant à table, il tape dans son assiette avec les mains, puis la tête tombe dans l'assiette et il a un accès. Les accès se répétèrent ensuite fréquemment, au nombre parfois de neuf à dix par jour; on nota de temps à autre des intervalles de trois à quatre jours, et une fois seulement de trois ou quatre mois. Les accès avaient lieu avec ou sans cri, avec ou sans aura. Jamais on n'avait noté de course avant ou après. Les facultés intellectuelles ont rapidement diminué. — On avait essayé de lui apprendre le métier de bijoutier sur deuil.

Description d'un accès (1882). Le malade était assis dans un fauteuil, on entend un cri étouffé, on s'aperçoit qu'il a glissé à côté du fauteuil, puis, par un autre mouvement brusque sous le lit. Les membres inférieurs sont écartés, les membres supérieurs allongés le long du thorax; il y a de la raideur des deux côtés. On dégage les jambes de dessous le lit. A ce moment, la tête se met dans l'extension, la bouche s'ouvre, tout le corps devient rigide. Cette période de rigidité ne dure que quelques secondes, et, comme on le voit, elle a été précédée d'une phase d'un genre particulier. Puis secousses tétaniformes de la face et des membres.

Période clonique. — 1° La face se tourne à droite, le bras et la jambe correspondant sont animés de convulsions cloniques qui se répètent quatre ou cinq fois; 2° la face se tourne à gauche, et alors les membres du côté gauche sont pris de convulsions cloniques à leur tour. Durant cette période, le visage s'est congestionné; les yeux étaient convulsés en haut directement, d'abord à droite, puis enfin à gauche.

Période de stertor. — Décomposition de la face qui devient d'une pâleur bleuâtre, livide, résolution complète, écume non sanglante et abondante. Cette dernière période dure longtemps et aboutit à un sommeil profond qui permet de prendre la température du malade sans qu'il réagisse. T. R., 37° 9 1/2. Pas de miction involontaire. Au bout d'un quart d'heure environ, il se réveille et, faisant allusion à son accès, il dit que ce n'est pas vrai.

Ce malade est d'habitude violent, plusieurs fois, on a retrouvé sur lui des effets appartenant à d'autres. L'an dernier, on a dû le faire remonter parce qu'il avait souffleté sa sœur au parloir.

1885. 3 *mars.* — La *mémoire* est assez bien conservée; la parole est libre. Le malade est sujet à des périodes d'*excitation* violente après les accès. Dynamomètre à droite : 39; à gauche: 46. — *Traitement :* capsules de *bromure de camphre.*

1886. *Janvier.* — La mémoire est médiocre; le malade est dans un état de semi-démence. Dynamomètre à droite : 30; à gauche : 40. — *Le malade se roule pendant les accès.*

1er *juillet.* — Le traitement par les capsules de bromure de camphre est supprimé.

1887. *Janvier.* — *Description d'un vertige procursif.* Le malade, se trouvant au chauffoir se met tout à coup à *courir* l'espace de sept mètres, puis va se jeter sur le matelas où il se roule, en se grattant en même temps la tête, pendant trente secondes environ ; il se relève ensuite et se met à se promener comme si rien ne lui était arrivé. Il ne se souvient pas de son vertige. — On aurait noté, dans ces derniers temps, plusieurs accès et vertiges précédés de *course* ou de *marche.*

MOIS	1877		1878		1879		1880		1881		1882		1883		1884		1885		1886	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	»	»	15	»	30	»	29	»	25	5	39	»	53	»	36	11	42	56	44	13
Février	»	»	9	»	33	»	37	»	26	»	16	2	26	2	41	6	41	10	26	10
Mars	»	»	14	»	47	»	38	2	24	»	25	»	39	1	41	2	31	14	21	30
Avril	»	»	21	»	19	»	40	2	23	»	30	»	31	5	28	23	36	10	17	18
Mai	4	»	16	»	35	»	32	5	23	1	27	»	33	2	36	6	31	21	14	22
Juin	19	»	23	»	23	»	23	4	32	»	37	»	44	1	51	4	14	31	20	19
Juillet	7	»	17	»	25	»	32	8	33	»	33	4	40	2	36	4	30	37	16	20
Août	18	»	32	»	29	»	39	16	13	2	45	»	39	3	42	»	34	19	13	19
Septembre	13	»	25	»	16	»	23	21	32	»	51	»	42	4	39	12	52	20	26	18
Octobre	8	»	36	»	26	»	36	10	39	»	50	»	20	11	34	11	47	59	25	32
Novembre	17	»	34	»	20	»	30	8	26	»	41	»	40	8	42	11	64	20	24	26
Décembre	19	»	29	»	22	»	30	12	25	»	46	»	43	4	30	18	45	8	10	25
Totaux	105	»	271	»	325	»	389	88	331	8	440	6	450	43	456	108	465	305	266	262

Poids. — 1879. Novembre. 44 kil.
— 1880. Septembre. 44 kil. 500 gr.
— 1881. Juillet. 45 kil. 400 gr.
— 1882. Janvier. 45 kil. 300 gr.
— — Juin. 47 kil. 800 gr.
— 1883. Janvier. 46 kil. 700 gr.
— — Juin. 45 kil. 600 gr.
— 1884. Janvier. 46 kil. 800 gr.
— — Juin. 45 kil. 500 gr.
— 1885. Janvier. 43 kil. 700 gr.
— — Août. 46 kil. 500 gr.
— 1886. Janvier. 48 kil.
— — Août. 45 kil.
Taille. — 1 m. 59.

Cette observation est intéressante à bien des points de vue. Nous appuierons, dès l'abord, sur l'hérédité nerveuse hétéromorphe, comme il a été si souvent noté dans ces derniers temps [1]. Comme nous l'avons mentionné dans nos diverses observations que nous avons publiées, la migraine semble jouer un rôle prépondérant dans l'étiologie héréditaire de l'épilepsie, tandis que l'hérédité réelle paraît être beaucoup plus rare. La peur qui avait été l'origine apparente de l'épilepsie n'est ici, comme toujours, qu'une cause occasionnelle chez un malade prédisposé. — Nous noterons que, jusqu'à ces derniers temps, c'est-à-dire pendant une longue période, le malade n'a présenté aucun phénomène procursif; que ceux-ci, du reste, ne semblent pas pouvoir être rapprochés des actes procursifs constituant l'épilepsie procursive proprement dite, qu'ils ne seraient ici que des phénomènes procursifs accessoires, isolés, constituant plutôt des vertiges que des accès incomplets. Toutefois, on pourrait se demander si ces actes procursifs ne sont pas liés à la

[1] Déjérine. — *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux.*

notable accélération survenue dans ces derniers mois chez ce malade, amélioration qui s'est encore accentuée en 1887, mais ce n'est là que pure hypothèse. Rappelons de plus que ce malade avait des accès accompagnés de tournoiement. (*A suivre.*)

MÉDECINE LÉGALE

RAPPORT PRÉSENTÉ A M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR AU SUJET DE L'ALIÉNÉ MISTRAL;

Par MM. CHARCOT et PIERRET.

Jean Mistral était né dans la petite ville de Saint-Remy (Provence) en 1814 et appartenait à une famille influente et riche. Son père, homme énergique et singulièrement tenace, le destinait au commerce et dans ce but lui fit donner une éducation très complète.

Toutes ces acquisitions cérébrales se dissocièrent un jour, et après avoir inquiété ses parents par des actes excentriques, et des dépenses exagérées, après les avoir mis à bout par un mariage déraisonnable, le jeune Mistral donnant des signes évidents d'aliénation mentale fut, sur la demande de son père, interné pour la première fois le 28 septembre 1838. Il devait s'éteindre en 1886 à soixante-douze ans, à l'asile de Pont-Saint-Côme, après avoir été de nouveau tiré de son refuge pour subir devant le tribunal civil de Tarascon un dernier et mortel interrogatoire.

Ce malheureux aliéné, victime de l'intérêt bien mal entendu qu'il inspirait au public, n'a jamais eu le loisir de délirer à son aise. La mort seule lui a donné ce genre de tranquillité dont jouissent également les fous et les raisonnables.

Nous aurions hésité à raviver le souvenir de l'histoire déjà vieillie du *fou aux 40 millions*, si l'opinion publique ne nous semblait entraînée à se tromper chaque jour davantage sur ses devoirs envers les aliénés, et si la revision prochaine, urgente, de la loi de 1838 ne donnait aux expertises faites sur les aliénés riches et inoffensifs, la valeur de documents législatifs.

Jamais un aliéné n'a été *plus surveillé*, *plus interrogé*, *plus protégé* que le malheureux Jean Mistral. Jamais aussi le public ne s'est plus complètement fourvoyé qu'il ne l'a fait à la remorque de ceux qui, par un zèle intempestif, ont privé Mistral d'un bien que la société doit avant tout assurer aux malades d'esprit reconnus incurables : nous voulons dire *le repos*. Au moment où la Chambre des députés, dans un élan de philanthropie sentimentale, allait peut-être imposer au ministère la mise en liberté de Jean Mistral, l'administration, jalouse de s'éclairer davantage, voulut bien nous confier une dernière expertise.

Ce n'était pas la première ; mais le rapport qui suivit fut le dernier qui ait été rédigé concernant l'état mental de l'opulent aliéné. Nous le publions aujourd'hui. en le faisant précéder d'un extrait des minutes du greffe du tribunal de Marseille (1839) et suivre de fragments des interrogatoires que nous avons fait subir à J. Mistral. Enfin, nous terminerons cet exposé en transcrivant simplement les réponses faites par le malheureux aliéné quand il dut, pour la dernière fois, comparaître devant le tribunal de Tarascon (1886).

18 juillet 1839.

Interrogatoire de Jean Mistral par le président Réguin.

(Extrait des minutes du greffe du tribunal de première instance de Marseille.)

D. Quels sont vos nom et prénoms? — R. Je m'appelle Jean Mistral.

D. Depuis la dernière fois que je vous ai vu, avez-vous reçu des nouvelles de votre père ? — R. Non, je n'ai reçu de nouvelles de personne.

D. Avez-vous écrit à votre père ? — R. Oui, monsieur, souvent; je ne compte plus sur lui : lorsque dans la société on n'est plus utile, on ne peut plus compter sur personne.

Je vous ai dit que, de ce que mon père ne m'avait pas répondu, j'en ai conclu qu'il ne tenait plus à moi.

D. Est-ce qu'il ne met pas quelque condition, à votre sortie d'ici ? — R. Non, monsieur, il ne m'a pas écrit, je ne vous cache rien, il ne m'a pas écrit, je n'ai pas de nouvelles de lui : *j'en avais reçu une lettre;* depuis, je lui ai écrit plusieurs fois sans avoir reçu de ses nouvelles.

D. Avez-vous à vous plaindre ? N'êtes-vous pas bien traité, ici ? — R. Je resterai ici jusqu'à ce que je m'en aille.....

D. Avez-vous des enfants ? — R. Non, monsieur.

D. On m'a dit que votre femme était enceinte ? — R. C'est un mensonge, personne ne m'a rien réclamé ; je dois croire que personne n'a besoin de moi.

D. Cependant, vous avez été assez longtemps avec elle pour avoir des enfants ? — R. Qu'importe ça ? on n'a pas besoin toujours de faire des enfants, l'amour ne fait pas d'enfants; ça fait coucher ensemble, mais je crois que ça se fait par l'opération du Saint-Esprit, et non par opérations machinales ; c'est comme une machine à vapeur ; il faut mettre de l'huile pour que ça marche ; ça marche toujours : c'est un entr'acte.

D. On m'a assuré qu'elle était enceinte ? — R. Non, monsieur, cela n'est pas ; si elle l'était, elle serait venue me le dire. Je voudrais bien qu'elle fût venue me réclamer, je me serais amusé avec elle ; il y a dix mois que nous sommes séparés, je l'aurais vue avec plaisir.

D. Vous avez cependant votre liberté ? — R. La pensée, c'est le mouvement, c'est la violence, elle se porte hors des murs ; la nature ingrate nous renferme, nous ne voulons pas vivre comme des moines. Je n'ai pas le désir de faire le mal ; quelquefois, on les heurte dans ses désirs, mais ça n'est que momentané, elle passe ; heureux celui qui est libre : tant que je serai libre, je serai heureux, mais l'esclavage ne vaut rien ; on est esclave d'un désir *propre*, mais non d'un désir supposé ; je ne pense pas vivre sur le fondement d'autrui. Monsieur voulait me débaser : chaque édifice a sa base. Il n'y a rien de plus désagréable que lorsqu'on ne s'accorde pas dans ses désirs.

Les bonnes raisons sont pour tout le monde, parce qu'elles reposent sur des désirs naturels ; toutes les raisons qui ne donnent pas la liberté à tout le monde sont mauvaises ; l'un aime à boire de l'eau, l'autre du vin : chacun son goût.

Fig. 11. — Spécimen de l'écriture de Mistral.
(Expertise faite en 1884 par MM. Charcot, Dupré, Pierret et Yves.)

Fragments de l'enquête dirigée par la commission de 1884.

On ouvre devant Mistral un livre trouvé dans sa chambre. C'est un voyage en Palestine.

D. Qu'est-ce donc que la Terre sainte? — R. Eh ! eh ! eh ! je ne sais pas.

D. Lisez donc. — R. Mais ce n'est pas écrit.

D. La Palestine ? — R. C'est un endroit..... qui est opposé à la mémoire.

On le force à fixer son attention sur une gravure représentant les pyramides d'Egypte et l'obélisque.

D. Dites-moi ce que c'est que cela. — R. (Très vite.) C'est les pyramides d'Egypte, je crois. C'est des palmiers peut-être. Je ne sais pas..... On ne peut pas dire. C'est un pays où l'on n'entend pas les croyables.

D. Et ceci (l'obélisque)? — R. Diable : ce n'est pas un doigt coupé — je ne sais. Je ne suis pas encore entré au service.

On lui montre une méthode de clarinette.

R. C'est une note de musique qui invite les gens à se lever et à ne pas croire quand ils ne sont plus.

D. Prenez-la donc. — R. Non. Il faut chercher la boule et la balle. Ça nous tomberait dessus. Bougre ! C'est le monde.

D. Mais n'êtes-vous pas musicien? — Non.

D. Vous avez un piano, cependant. — R. Si le piano nous tombait dessus, nous serions perdus.

D. Que peut-on faire avec un piano ? — On attend le renouvellement de l'année.

Rapport adressé par la commission à M. le Ministre de l'intérieur.

Nous, soussignés, J. Charcot, professeur de clinique des maladies nerveuses à la faculté de médecine de Paris, officier de la Légion d'honneur ; Dupré, professeur de clinique médicale à la faculté de médecine de Montpellier, sénateur, officier de la Légion d'honneur; Pierret (A.), professeur de clinique des maladies mentales à la faculté de médecine de Lyon, médecin en chef à l'asile départemental de Bron ; Dr Yves, médecin de la faculté de Paris, médecin du ministère de l'intérieur, avons l'honneur d'adresser à M. le Ministre de l'Intérieur, conformément au désir qu'il en a manifesté, les résultats de l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés sur l'état mental actuel du sieur Mistral, pensionnaire à l'asile de Pont-Saint-Côme (Hérault).

Nos constatations ont été faites avec le plus grand soin pendant les journées du samedi 17 et du dimanche 18 mai de l'année courante, et nous avons dirigé nos recherches de manière à pouvoir répondre en toute conscience à la principale

question posée : Est-il de l'intérêt bien entendu de l'aliéné Mistral d'être rendu à son tuteur ?

Notre enquête a porté successivement sur l'état mental actuel de l'interné, les conditions matérielles dans lesquelles il se trouve et les soins qu'il reçoit de l'asile privé de Pont-Saint-Côme.

§ 1. — *Etat mental de Mistral.* — Mistral se présente à nous sous l'aspect caractéristique de l'aliéné chronique prédisposé, avec malformations crâniennes congénitales. La tête est longue, le front fuyant et en carène. La physionomie est d'ordinaire sans expression ; les yeux saillants, demi-clos, la tête penchée, la lèvre inférieure pendante, Mistral reste de longues heures immobile, marmottant des paroles indistinctes qu'il accompagne de gestes d'hésitation. Quand on lui parle et que son attention est éveillée, il relève ses longues paupières, jette un regard furtif et répond par des phrases incohérentes, souvent grotesques, jamais grossières, ou des expressions dubitatives telles que : peut-être ; ou, je ne sais pas : c'est le monde ; je ne peux pas ; puis, il retombe dans son mutisme et reprend son air absorbé. Mis en marche, il s'avance sans trop d'hésitation les bras écartés du tronc, le dos arrondi et avec une sorte de balancement. Il se trompe d'ailleurs de direction et reconnaît à peine sa chambre. Laissé sans impulsion il s'arrête bientôt, tourne sur lui-même d'un air inquiet, dérange et replace ce qu'il trouve à sa portée, fouille sous les bancs pour en retirer des insectes et de petits plâtras qu'il écrase avec acharnement, tout en grommelant, entre les dents.

Les facultés intellectuelles, dans leur ensemble, sont très gravement atteintes. L'incohérence est complète, portant sur tout ordre d'idées, et, dans ce chaos, il est impossible de trouver une conception prédominante, sauf une sorte d'appréhension vague, se traduisant par des phrases de ce genre : « Il ne faut pas le faire, nous serions perdus ! Si le ciel nous tombait dessus, nous serions morts, bougre ! » Les sentiments affectifs sont absolument nuls; Mistral ne s'est attaché à personne et à rien.

Dans l'établissement, il reconnaît vaguement le directeur et ne prend aucune part à ce qui se passe autour de lui. Il ne paraît pas avoir conservé de l'affection pour sa famille ; il n'en parle jamais, et l'évocation du souvenir de sa femme ou de son

frère ne lui arrache aucun signe de sensibilité. Sa volonté est nulle; il fait exactement et sans retard tout ce qu'on lui demande et n'hésiterait pas à sortir demi-nu si on l'en priait avec quelque persistance.

La mémoire des noms et des choses est mieux conservée, et lorsque Mistral est d'humeur gaie, quelques souvenirs classiques, des phrases latines tronquées, des expressions scientifiques isolées, émergent par instants au milieu d'un torrent d'idées baroques. Pendant tout ce temps, la tenue est bonne et assez correcte; Mistral salue quand il faut; il est d'ailleurs soigneux de sa personne et range ses effets avec beaucoup d'attention. Sans rien faire d'indécent, Mistral manque absolument de pudeur; il satisfait sans honte ses besoins sur la voie publique ou exhibe ses organes génitaux à la première invitation, mais sans paraître y mettre d'intention immorale.

Il était nécessaire de rappeler ces détails non pour contrôler un diagnostic déjà posé et d'une exactitude incontestable, mais pour établir le degré d'influence qu'un changement de milieu pourrait exercer sur Mistral.

Comme les experts qui nous ont précédés, nous déclarons donc Mistral atteint de démence avec abolition presque complète de la volonté, des sentiments affectifs, du sens moral, du pouvoir d'association des idées et conservation très incomplète de la mémoire. L'état mental actuel n'est que la conséquence d'une longue folie à forme rémittente, accompagnée d'accès d'excitation et qui s'était développée chez un prédisposé. C'est à cette dernière influence qu'il convient d'attribuer la marche extrêmement lente de la démence.

§ II. *Conditions matérielles dans lesquelles se trouve M. Mistral à l'asile Saint-Côme.* — M. Mistral occupe au 1[er] étage d'un des bâtiments de la maison de Pont-Saint-Côme, un petit appartement récemment remis à neuf et très convenablement meublé. Ce logement comprend un salon, une chambre à coucher, un cabinet de toilette et une petite chambre où couche le domestique attaché à la personne de Mistral. Ces différentes pièces sont saines et bien éclairées et, sauf la façon d'ailleurs discrète dont le lit est retenu en place, il serait difficile de deviner que l'on est dans la chambre d'un fou. Le seul reproche que l'on pourrait faire à cette installation, c'est que les fenêtres donnent sur la cour des autres pensionnaires; que

Mistral a des voisins, et que l'accès des jardins n'est pas assez facile.

Sauf ces légers défauts dont Mistral est d'ailleurs incapable de s'apercevoir, l'installation matérielle est aussi bonne qu'elle peut l'être, et nous ne voyons pas ce qu'on pourrait faire de mieux dans l'établissement.

Les repas sont réguliers et suffisants; Mistral paraît préférer les légumes à la viande, mais, en somme, ne manifeste de goût marqué pour quoi que ce soit. Il mange proprement, sans gloutonnerie; le sommeil est bon, les fonctions digestives régulières et sauf un léger souffle à la base du cœur, on n'observe chez Mistral aucun signe de déchéance organique.

A en juger par les résultats, on peut donc affirmer que le régime auquel Mistral se trouve soumis est parfaitement suffisant. Y aurait-il lieu de le rendre plus luxueux? nous ne le pensons pas.

Volontairement, Mistral est incapable de dépenser quoi que ce soit; il ne désire rien et ne veut rien. Pourquoi soumettre à une alimentation raffinée un homme physiquement bien portant, et qui, en raison de son âge, se trouverait cent fois mieux d'une vie simple et d'un régime presque frugal; faut-il donc ordonner à Mistral parce qu'il est aliéné, ce que tout médecin consciencieux interdirait à Mistral sain d'esprit?

En ce qui concerne les promenades au dehors, il suffit à la conscience publique qu'elles soient régulièrement proposées par le médecin chaque fois que le temps est beau, et qu'elles amènent Mistral au milieu d'une population qui l'aime et le connaît de longue date. Tout luxe affiché pendant ces sorties ne pourrait être l'expression d'un désir formulé par Mistral, mais le résultat d'une consigne donnée dans un but presque théâtral. Nous pensons donc qu'il est inutile de dépenser pour Mistral plus d'argent qu'il n'en est actuellement employé. Les besoins de ce pauvre aliéné sont très limités, et il est loin de manifester, comme certains déments, un goût marqué pour la représentation. L'administration de l'asile, comme elle l'a d'ailleurs avoué, et l'entourage du malade profiteraient seuls d'une augmentation de dépense.

§ III. *Réponse à la question posée par M. le Ministre.* — Maintenant que nous avons étudié d'une façon sommaire l'état mental de M. Mistral, décrit son installation, apprécié les soins

dont il est l'objet et leurs résultats, nous devons répondre à la principale question posée :

Est-il de l'intérêt bien entendu de l'aliéné d'être rendu *à son tuteur*? La réponse est facile.

Dans l'état de démence où il est plongé, incapable de s'attacher à qui que ce soit et à quoi que ce soit, Mistral ne peut ressentir, même à un faible degré, les joies de la famille. La mémoire, qui joue un si grand rôle dans la durée des sentiments affectifs, est muette chez lui, en ce qui concerne les choses du cœur. D'ailleurs, que lui rappellerait-elle? Ne serait-il pas comme un étranger dans sa propre famille?

Dans ces conditions, quel intérêt pourrait-il y avoir pour ce malheureux insensé, à se voir brutalement imposé aux soins directs et à l'affection d'une famille dont aucun membre autorisé ne paraît vouloir se charger d'une telle mission. Mistral échangerait donc les attentions banales peut-être, mais régulières et sûres tout au moins qu'il trouve dans la maison de santé, pour les soins problématiques d'une famille qui entend rester dans la stricte limite des obligations légales. Qui sait, même, si, comme le fait s'est présenté dans le département du Rhône, Mistral, rendu à son tuteur, par un arrêté préfectoral, ne se verrait pas bientôt replacé dans un asile de l'étranger, échappant ainsi complètement à la surveillance de l'administration comme à la protection d'imprudents amis. Le séjour dans la famille n'est un bien pour un aliéné que si tous les bras s'ouvrent pour le recevoir, et l'affection ne se décrète pas.

Nous n'hésitons donc pas à déclarer qu'il n'est pas de l'intérêt bien entendu de Mistral d'être rendu à son tuteur. Nous disons plus : il est de l'intérêt bien entendu de Mistral de rester dans un asile au moins jusqu'au moment où les Chambres auront mieux déterminé les devoirs des familles et de la société envers les aliénés incurables et inoffensifs.

Mistral est de ceux-là : il ne peut guérir et n'est pas un danger pour la société; mais, la société est pour lui pleine de périls. Il ne faut pas que ce pauvre insensé inconscient de la lutte qui se livre autour de lui, soit exposé à devenir une sorte de machine de guerre entre les mains de l'un ou l'autre des partis en présence. Faute de pouvoir mieux faire, la nation doit assurer au moins le repos de Mistral. Or, c'est dans une maison de santé seulement, maison publique ou privée peu

importe; c'est là seulement que dans l'état actuel des choses, Mistral peut trouver une retraite ou rester à l'abri de protecteurs enthousiastes ou de parents attiédis.

Que les portes de cette maison s'ouvrent pour lui chaque jour, tout en se fermant devant la curiosité et l'intrigue; que des promenades journalières permettent aux concitoyens de Mistral de juger par eux-mêmes de son état de santé physique ou morale : cette surveillance anonyme et bienveillante ne saurait froisser personne.

En terminant, disons-le bien haut, le seul service qu'il soit possible de rendre au pauvre dément, c'est de le défendre également contre les déterminations éventuelles d'une famille exaspérée par une longue polémique, et contre les excès d'un zèle louable peut-être, mais inconsidéré.

Bron, le 12 juin 1884.
Signé : PIERRET, rapporteur.

Paris, 17 juin 1884.
CHARCOT, YVES.

18 juin 1884.
DUPRÉ.

A la suite de ce rapport, Mistral fut très justement maintenu dans sa retraite de Pont-Saint-Côme, il y serait mort tranquillement, si les juges de Tarascon n'avaient cru de leur devoir d'interroger encore une fois le pauvre dément. Nous donnons un extrait de cet examen judiciaire à la suite duquel le malade fut sans hésitation renvoyé dans son asile.

TRIBUNAL CIVIL DE TARASCON

(Extrait du *Figaro*, 24 mai 1886.)

Dernier interrogatoire de D. Mistral.

D. Comment vous appelez-vous? — R. Je n'en sais rien.

D. Avez-vous oublié votre nom? — R. Mon nom était comme il était précédemment.

D. Quel âge avez-vous? — R. Quatorze cent mille ans, c'est comme l'affiche, un rayon du soleil lui tomba dessus et elle fut contente de le voir.

D. Où habitez-vous? — R. Les régions modérées.

D. Etes-vous marié? — R. La terre n'est pas morte, on peut vivre encore; c'est un pays perdu.

D. Dans quelle ville habitez-vous? — R. Il y a le soleil; s'il y

avait des planches, des échelles, l'on verrait autre chose que des cités.

D. Vous n'avez plus votre père? Est-il mort? — R. Il l'est certainement; si on ne mourait plus, c'est preuve qu'il y aurait cause à cela.

D. Connaissez-vous les personnes qui vous accompagnent? — R. Ils ne sont pas dans la fortune.

D. Voudriez-vous sortir de l'asile où vous êtes? — Oh! non, même je n'y suis pas, je n'y pense pas.

D. Y a-t-il longtemps que vous y êtes? — R. Certainement, ils ne pleureront pas toujours.

D. N'avez-vous jamais voulu vous marier? — R. Il y a des livres, des encriers entassés quelquefois; c'est quelque chose; quelquefois on ne peut pas en faire usage; elle viendra ou elle ne viendra pas; si elle vient, tant mieux pour elle.

D. Avez-vous de la fortune? — R. Elle doit venir ou elle ne doit pas venir; dès qu'elle a chaud elle n'a pas froid.

D. Avez-vous des parents? — R. S'il en est venu, il y en a; s'il n'en est pas venu, il n'y en a pas.

D. Qui vous a fait cadeau de la canne que vous portez? — R. C'est le bon Dieu; il est venu au monde sans avoir un trou à l'oreille; peut être que ça viendra; c'est l'absence de parenté.

D. Voulez-vous rester ici? — R. Cela ne signifie rien; ce n'est pas ainsi que les horloges sont faites, comme on dit.

D. Vous avez un domestique qui vous accompagne? — R. C'est la terre; on ne peut pas voir ce qu'il y a au delà; la fortune, que voulez-vous que jen f.... !

D. Que faites-vous à Montpellier? — R. Je ne fais rien; j'ai laissé tomber cette règle. J'ai laissé tomber cette science en désuétude.

D. Avez-vous de l'argent sur vous? — R. Je ne m'en sers pas.

D. Connaissez-vous Saint-Rémy? — R. C'est une jolie ville; elle vaut 500.000 fr.; quand les gens se f... d'un 5e étage, ils ne savent plus que dire.

D. Connaissez-vous M. Fournier? — R. C'est un honnête homme; il a eu raison de dire ce qu'il a dit, c'est leur parent à eux; ils ne feront pas toujours ce qu'ils ont fait.

D. Voulez-vous aller à Saint-Rémy? — R. C'est une ville modique.

D. Savez-vous écrire? — R. Ce n'est pas nécessaire d'écrire; il faut attendre le témoin du monde.

D. N'avez-vous jamais quitté la France? — R. Non, ça ne s'est jamais arrangé.

Le simple rapprochement de documents recueillis à des dates si différentes ne laisse, il nous semble, aucun doute sur

ce fait que dès l'année 1837 l'état mental de Mistral était déjà tel que l'incurabilité de la maladie devenait évidente. Mistral était alors un dément, et comme c'est la règle chez les prédisposés, on vit cet état de démence ne progresser que lentement, et de telle sorte que la différence entre le premier interrogatoire et le dernier n'est véritablement appréciable que pour les spécialistes.

En dépit de l'évidence de son délire, le malheureux Mistral fut considéré comme une victime de sa famille et de l'administration. Sa mort a remis les choses en place, mais elle a démontré de la façon la plus navrante, combien il est dangereux pour un aliéné de tomber sous la protection d'ignorants.

REVUE CRITIQUE

DES ATTAQUES DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE

Par GILLES DE LA TOURETTE

Chef de clinique des maladies du système nerveux.

I.

« Un grand anatomiste, je dy grand et célèbre, duquel les livres réparent aujourd'huy les estudes des hommes doctes, lequel estant pour lors résidant en Espagne, fut mandé pour ouvrir une femme de maison qu'on estimoit estre morte par une suffocation de matrice. Le deuxiesme coup de rasoir qu'il luy donna, commença la dite femme à se mouvoir et démonstrer par autres signes qu'elle vivoit encore, dont tous les assistants furent grandement estonnez; je laisse à penser au lecteur comme ce bon seigneur faisant cest œuvre, fut en perplexité, et comme on cria *Tolle* après luy, tellement que tout ce qu'il peut faire fut de s'absenter du pays ; car ceux qui le devoyent excuser, c'estoyent ceux qui luy couroyent sus : et

estant exilé, tost après mourut de desplaisir : qui n'a esté sans une grande perte pour la république[1]. »

La lecture de cette observation, dans laquelle l'illustre Ambroise Paré prend si chaudement le parti du célèbre André Vesale, ne permet pas un seul instant de douter que l'anatomiste italien n'eût l'infortune de se trouver en présence d'un cas de coma hystérique, d'une *attaque de sommeil*, comme nous dirions aujourd'hui.

A la vérité, il existe, ainsi que nous le verrons, des états pathologiques presque semblables aux précédents, nés en dehors de l'hystérie, mais A. Paré a bien soin de spécifier que la femme était morte — on le croyait tout au moins — d'une « suffocation de matrice » et la valeur qu'on attribuait alors à cette expression toute historique est plus que suffisante pour corroborer le diagnostic rétrospectif.

On s'exagerait du reste, singulièrement alors, le rôle de l'utérus dans la production des phénomènes hystériques et, A. Paré, nourri de la littérature ancienne, adoptait encore les idées d'un philosophe qui avait écrit[2] : « La matrice est un animal qui désire ardemment engendrer. Lorsqu'il reste longtemps stérile après la puberté, il a peine à le supporter, il s'indigne, il parcourt tout le corps, obturant les issues de l'air, arrêtant la respiration, jetant le corps dans des dangers extrêmes, et occasionnant diverses maladies. » Ces idées, le chirurgien français les traduit ainsi qu'il suit : « Et si les dites vapeurs (de la matrice) montent jusqu'au cerveau, causent *épilepsie*, *catalepsie* (qui est quand tout le corps demeure roide et froid et en mesme figure qu'il est au-paravant que tomber en tel mal, les yeux ouverts, sans voir et sans ouïr), *léthargie*, *apoplexie*, et souvent la mort[3]. »

Comment du reste méconnaître l'hystérie lorsqu'il ajoute : « Mais il n'y a rien de plus admirable, qu'à quelques-unes cette affection (la suffocation de matrice) commence par un ris, à autres par pleurs, à autres par tous deux ensemble. A ce propos, M. Holier raconte que les deux filles du Président de Roüen, qui estoit de son temps, lorsqu'elles commençoient à entrer

[1] *Les Œuvres d'A. Paré*, Paris 1607, XXIVe livre, chap. LIV, p. 976 : *Les signes pour cognoistre si une femme est morte ou non par une suffocation de matrice.*

[2] *Œuvres de Platon*, trad. Cousin, t. XII, p. 42.

[3] *Loc. cit.*, chap. LII, p. 975. *De la suffocation de la matrice.*

en paroxysme de ce mal, estoyent surprises d'un ris qui leur duroit une et deux heures, lesquelles on ne pouvoit arrester ny par leur faire peur et terreur, ny par honte et admonitions, de sorte que, tancées par leurs parents, respondoyent n'estre en leur puissance de se garder de rire. Autres tombent en ectase qui est un esvanouissement ou ravissement des esprits, comme si l'âme estoit séparée du corps. Autres disent que c'est un *sommeil* par lequel les facultés et puissances de l'âme sont ensevelies, en sorte qu'il semble que l'on soit mort. »

Léthargie, *apoplexie*, *mort apparente*, *évanouissement*, *sommeil,* nous retrouvons là les termes employés tour à tour par les auteurs modernes pour désigner les attaques que nous allons décrire.

Les auteurs qui, jusqu'au XIXe siècle, suivirent A. Paré, publièrent à la vérité des observations de sommeil hystérique, mais nul mieux que lui ne sut les rapporter à leur véritable cause. On en trouve en effet de nombreux exemples dans les relations de ces épidémies de démonopathie qui désolèrent le XVIe et le XVIIe siècles, ainsi que le prouvent les extraits suivants que nous empruntons avec P. Richer (Thèse, 1879) à Mathieu[1].

« Catherine de Naguille, dit Delancre[2], et sa compagne, nous assurent qu'elles avaient été au sabbat en plein midi, et que c'était dans l'église, où elles étaient *endormies*, que cela leur était arrivé.

« Jeannette d'Abadie en dit autant; elle avait passé plusieurs nuits à l'église et s'*endormait* pendant la messe à Sibore ; c'est alors qu'elle fut menée au sabbat. »

« Bodin[3] raconte ce fait important : « Je tiens du président de la Tourette qu'il a vu, en Dauphiné, une sorcière qui depuis fut brûlée vive pendant qu'elle était en extase. Elle n'entendait rien, ne sentait rien. Son maître la frappait à coups de verges, et, pour savoir si elle était morte, on lui fit mettre le feu aux parties les plus sensibles; elle ne s'éveilla pas. *On la crut morte* et on l'abandonna; le lendemain on la trouva couchée dans son lit. »

Voici ce que rapporte dom Calmet[4]:

« On lit dans le *Marteau des Sorciers* qu'une femme s'alla dé-

[1] *Etudes cliniques sur les maladies des femmes*, 1847, p. 197.
[2] *Tableau de l'inconstance des démons,* liv. II.
[3] *Démonomanie*, liv. II, chap. V.
[4] *De l'apparition des esprits*, chap. XIV.

noncer aux inquisiteurs, leur disant qu'elle était sorcière et qu'on avait beau l'enfermer que le diable l'emmenait au sabbat. On l'enferma dans une chambre; aussitôt elle se coucha et *parut morte* : on la remua, elle ne le sentit point; on lui approcha du pied une chandelle avec laquelle on la brûla sans qu'elle le sentît. Quand elle se réveilla elle donna des nouvelles du sabbat ; elle accusa alors une grande douleur au pied, sans pouvoir dire d'où cela lui venait. »

Enfin, nous trouvons dans l'autobiographie de sœur Jeanne des Anges[1], cette hystérique dont les accusations contribuèrent tant à la perte d'Urbain Grandier : « Peu de temps après, j'entray dans un grand *assoupissement* avec de grandes inquiétudes : je sentois à toute heure comme si un animal eût couru dans mon lit et m'eust touchée en diverses parties du corps. Cela dura près d'heure sans que je pusse me retirer de cet *assoupissement*. »

Il serait facile de multiplier les faits analogues aux précédents qui, bien qu'incomplets, présentent par certains côtés un intérêt qui ressortira encore mieux ultérieurement, mais, il faut savoir se borner en pareille matière, et nous renvoyons au *Traité de Pathologie interne* de Frank[2] où l'on trouvera une longue bibliographie concernant les faits analogues relatés dans les différents ouvrages parus au XVIIIe siècle. Toutefois, nous devons accorder une mention spéciale à Sydenham[3] qui décrivit parfaitement en quelques lignes l'*apoplexie hystérique*.

Cependant il ne faudrait pas accorder à ces faits une valeur plus grande que celle qui leur a été attribuée par les auteurs eux-mêmes et il faut arriver véritablement aux écrivains modernes pour voir se dégager nettement la notion étiologique, si importante dans l'espèce. Une attaque de sommeil prolongé, en effet, ne permet pas *ipso facto* de préjuger la question de nature

[1] Legué et Gilles de la Tourette. — *Sœur Jeanne des Anges, autobiographie d'une hystérique possédée* (XVIIe siècle); *préface de M. Charcot*, Paris, 1886.

[2] « Les annales de la science, dit cet auteur, sans parler des autres (ainsi l'histoire ecclésiastique de Nicéphore, liv. XIX, chap. XLV, contient le récit d'un sommeil qui ne dura pas moins de 37 ans) contiennent des exemples où le sommeil a duré, 24, 30, 40, 47, 49 jours; 2, 4, 6, 18 mois, 4 ans et plus. Quelques-uns étaient périodiques, les autres continus. » T. III, chap. VI, p. 28, Paris, 1838, art. *Cataphora*.

[3] *Opera medica*, Genevæ, 1757, t. I, p. 257. *Dissert. epistolaris ad Guil. Cole*.

et nous verrons que, même en s'aidant des notions les plus récemment acquises, il est encore de nombreux cas où il est permis au diagnostic d'hésiter.

Pendant la première moitié du siècle deux auteurs ont surtout contribué à éclaircir la symptomatologie des phénomènes que nous étudions; nous avons nommé Louyer-Villermay et Landouzy auxquels nous adjoindrons Pfendler (de Vienne) dont la thèse [1], soutenue devant la Faculté de Paris, est remplie de faits intéressants pour nous, quoique le plus souvent interprétés d'une façon insuffisante et très peu scientifique.

Louyer-Villermay [2] place les attaques d'apoplexie hystérique dans sa troisième classe, de toutes la plus grave. « A l'agitation nerveuse la plus intense, dit-il, aux convulsions les plus violentes, succède le trouble le plus effrayant de la respiration et de la circulation ; tout fait craindre une congestion cérébrale, une sorte d'apoplexie hystérique; d'autres fois les malades tombent dans une espèce de collapsus. Les fonctions du cœur et des poumons paraissent suspendues; le pouls est insensible et la chaleur animale semble entièrement éteinte; les malades sont froides, pâles, insensibles, immobiles et restent dans un état plus ou moins prolongé de mort apparente qui peut se terminer par l'extinction totale de la vie. »

Suivent des observations personnelles caractéristiques auxquelles nous ajouterons des cas analogues publiés par Forestus dont Louyer-Villermay est le continuateur [3].

Les précédentes observations sont soigneusement relevées par Landouzy qui, dans son *Traité complet de l'hystérie* (1846) décrit les attaques de sommeil sous la rubrique de « *Perte de connaissance. — Syncopes* ». Peut-être l'analyse des faits qu'il rapporte est-elle un peu écourtée, mais la description est néanmoins assez complète pour qu'on ait lieu de s'étonner que Briquet [4], auquel nous emprunterons tant, ait pu écrire (p. 415) : « Malgré ce qu'en ont dit les auteurs, les attaques hystériques avec sommeil sont peu communes et ont très peu

[1] *Quelques observations pour servir à l'histoire de la léthargie.* Paris, 1833, n° 309.

[2] *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie et de l'hypocondrie*, 1816, t., I., p. 64.

[3] *De mul. morb.* lib. XXXVIII, obs. 35, 36.

[4] *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859.

fixé l'attention ; on n'en trouve pas d'exemple dans les 350 observations analysées par M. Landouzy. »

Toutefois, le désaccord est beaucoup plus apparent que réel entre ces deux auteurs qui ont tant fait pour l'étude de la névrose; il s'agit encore là d'une de ces erreurs, basées sur la différence des termes, qui sont si fréquentes aux premières périodes de la description raisonnée d'une maladie.

Et pourtant, Briquet emploie une synonimie assez large puisqu'il décrit dans son même chapitre VII les « attaques de sommeil, de coma et de léthargie » simples « degrés de la même modification pathologique ». Entre la syncope et le coma hystérique la différence est bien peu sensible, surtout lorsque l'on considère, comme l'a fait Landouzy (p. 67), que « cet état syncopal varie de plusieurs minutes à plusieurs jours quant à la durée et qu'il peut passer par tous les degrés, depuis les simples phénomènes produits par la diminution des principales fonctions jusqu'à ceux qui résultent de leur abolition momentanée et qui vont jusqu'à simuler la mort ».

Nous reviendrons sur la description de Briquet. Mais nous pouvons déjà dire que cette partie de son excellent livre marque un progrès considérable sur tous les travaux de ses devanciers, progrès qui s'accentue encore avec la thèse de Boutges[1] (1875), inspirée par Lasègue.

Il était réservé à M. Charcot et à l'Ecole qu'il a fondée de faire cesser toutes ces divergences. En effet, jusqu'à la publication des travaux de notre éminent maître sur la grande attaque hystéro-épileptique, travaux présentés avec un talent et une originalité si remarquables par M. Paul Richer[2], les phénomènes en apparence si variables constitutifs de la grande attaque étaient le plus souvent décrits sans ordre, bien que l'analyse de chacun d'eux en particulier eût été déjà poussée très loin. M. Charcot en montrant que cette attaque présentait presque constamment quatre périodes dont les unes pouvaient être plus ou moins atténuées par rapport aux autres, créa pour ainsi dire une nouvelle entité morbide dont l'observation et l'interprétation — en ce qui regarde les symptômes — devint dès lors relativement facile.

[1] *De l'hystérie comateuse.* Th., Paris, 1875.

[2] *Etude descriptive de la grande attaque hystérique ou hystéro-épileptique et de ses principales variétés.* Th. Paris, 1879. — *Etudes cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*, 2e éd., 1885.

A l'étude isolée et partant incomplète d'un phénomène — le sommeil — succéda celle de l'attaque ordinaire avec *immixtion de phénomènes léthargiques* (Richer, chap. VII) et désormais, à l'aide de cette donnée précieuse, il fut permis de reconnaître qu'on se trouvait toujours en présence d'une variété d'un même syndrome, ce qui, on le comprend, est d'une importance capitale pour le nosographe.

A ce propos, nous ne pouvons que placer au premier rang — dans le sujet spécial qui nous occupe — l'ouvrage si précieux et si documentaire de MM. Bourneville et Regnard : l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* (1877-1880), dont le troisième volume renferme une description des *attaques de sommeil* qui forme la monographie la plus complète que nous possédions encore sur la question. L'observation XI, dont la malade qui en est le sujet est encore à la Salpêtrière, poursuivie par M. Bourneville depuis 1866, peut passer pour un modèle du genre et les considérations dont l'auteur la fait suivre, ainsi que les observations IX et X, nous seront d'un grand secours dans la rédaction de ce travail.

Les ouvrages de MM. Bourneville et Regnard et de M. P. Richer ouvrent pour ainsi dire ce que nous appellerions volontiers la période actuelle de la question, période féconde, comprenant plusieurs travaux importants que nous aurons l'occasion d'analyser chemin faisant. Toutefois, nous devons immédiatement mentionner comme fondamentaux plusieurs leçons de M. Charcot sur les attaques de sommeil, recueillies par Millioti [1]; un mémoire de M. Pitres [2], l'éminent doyen de la Faculté de Bordeaux, et la thèse récente de M. Achard [3], inspirée par M. Debove, qui avait précédemment approfondi le sujet dans plusieurs publications [4].

Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre; devant nous borner, nous n'en rapporterons qu'un seul absolument typique, dont l'observation a été rédigée sur les notes qui nous ont été obligeamment confiées par M. le

[1] *Lezioni cliniche dell. anno scolastico*, 1883-84, *sulle malattie dell. sistema nervoso*. Milan, 1885.

[2] *Des zones hystérogènes et hypnogènes; des attaques de sommeil*. Bordeaux, 1885.

[3] *De l'apoplexie hystérique*. Th. Paris, 1887.

[4] *De l'apoplexie hystérique*. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux, août 1886, p. 370; et *Gaz. hebd. de méd et de chir.*, 20 août 1886, p. 154.

Dr Charlier (d'Origny Sainte-Benoîte) auquel nous adressons tous nos remerciements.

II.

Ainsi que nous l'avons fait pressentir, nous confondrons sous la même dénomination d'*attaque de sommeil*, à laquelle nous adjoindrons l'épithète d'*hystérique* les cas de syncope, de léthargie, de coma, d'apoplexie, relevant de la névrose. Nous ne nions pas pour cela le bien-fondé au point de vue clinique de ces diverses appellations, mais nous croyons qu'il serait oiseux aujourd'hui de s'attarder à une longue discussion pour démontrer que tous ces états sont de même nature et qu'une seule question de degré pourrait en apparence les séparer.

Avant d'aller plus loin, il nous sera permis de rapporter l'observation de la *dormeuse de Thenelles* (près Origny), qui a si vivement excité l'attention publique. Depuis plus de quatre ans cette malade est plongée dans le sommeil hystérique; elle a été l'objet de rapports plus ou moins fantaisistes et même de polémiques fastidieuses; nous espérons que la relation suivante réduira toutes ces discussions à leur juste valeur en même temps qu'elle sera une bonne introduction à l'étude symptomatologique des attaques de sommeil[1].

Mlle M. B..., vingt-cinq ans, habitant le village de Thenelles près Origny-Sainte-Benoîte (Aisne), adonnée aux travaux des champs, est née d'un père alcoolique qui a quitté le domicile conjugal. Sa mère a présenté pendant sa jeunesse des accidents convulsifs de nature hystérique. M. B... est l'aînée de trois filles. De ses deux sœurs, la cadette, A. B..., a eu dans son enfance des accès de somnambulisme spontané suivis un peu plus tard d'attaques hystériformes; la plus jeune, J. B..., s'est faite religieuse; c'est une monomane qui passe une partie de ses nuits en prière, grelottant la fièvre intermittente sur les dalles de l'église, malgré les conseils des médecins. Il nous a été impossible de remonter plus loin dans les antécédents héréditaires.

[1] M. le docteur E. Bérillon a publié dans la *Revue de l'hypnotisme* (1er août, 1887) qu'il dirige, un excellent article sur la «Léthargique de Thenelles». Cet article est illustré de deux planches habilement et fidèlement dessinées par M. Georges Coutan. Nous adressons à M. Bérillon et à son collaborateur nos remercîments pour l'obligeance avec laquelle ils nous ont communiqué ces clichés.

M. B... qui fait le sujet de cette observation, bien que délicate pendant son enfance, n'avait jamais fait de grave maladie. Toutefois elle fut toujours *nerveuse* et, à la suite d'une peur, — nous dit la mère — elle aurait présenté des phénomènes névropathiques sur le compte desquels il est difficile d'obtenir des renseignements circonstanciés.

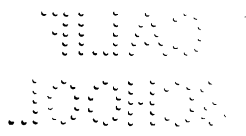
Habituellement bien réglée, M. B... devint enceinte dans le courant de l'année 1882 en même temps que sa sœur cadette ; elles accouchèrent le même jour. L'accouchement de sa sœur ayant eu des apparences de clandestinité, les gendarmes se présentèrent (31 mai 1883) dans la chaumière qu'elles habitaient ensemble pour faire une enquête. M. B... ressentit à leur vue une extrême frayeur et, une heure environ après leur départ, elle fut prise d'attaques d'hystérie très violentes et très nettement caractérisées. Cette succession d'attaques dura environ vingt-quatre heures, et la malade resta après la dernière dans l'état léthargique où elle est encore aujourd'hui (7 avril 1887).

Le lendemain et les jours suivants, l'état de la malade ne se modifiant pas, il fallut songer à pratiquer l'alimentation artificielle, car les dents étaient serrées par un violent *trismus* et l'introduction d'une sonde œsophagienne ne se faisait qu'avec de très grandes difficultés. On eut recours aux lavements de lait, de bouillon, de vin, et enfin de peptone. C'est avec ces derniers qu'elle se nourrit exclusivement à l'heure actuelle.

Les selles, étaient au début, d'après le dire de la mère, séparées par un intervalle de plusieurs jours ; elles devinrent de plus en plus rares; la malade rendit involontairement des matières dures toutes les deux ou trois semaines et même plus rarement; la miction, également involontaire, devint aussi très rare ; les règles ne reparurent pas.

L'état de calme léthargique était interrompu à des distances variables, tous les mois, tous les mois et demi environ, par des attaques convulsives survenant brusquement pendant lesquelles la malade se déchirait la poitrine et la figure avec ses ongles ; plusieurs personnes étaient nécessaires pour la maintenir couchée ; l'arc de cercle fut nettement observé. Ces attaques d'hystérie se terminaient par une salivation abondante semblable à des vomissements ou par des sueurs profuses ; jamais l'intelligence n'a reparu, la perte de connaissance est toujours restée totale.

L'anesthésie fut générale dès le début. Toutefois, un examen attentif permit de reconnaître au niveau de la partie moyenne du sternum une *zone hystérogène* très limitée, dont le moindre attouchement provoquait une attaque convulsive. Les mouvements limités d'abord au tronc, qui paraissait par des efforts de torsion fuir sous la pression du doigt, se généralisaient bientôt à tout le corps qui était agité par des secousses cloniques très énergiques.



Un jour, la malade perdit une certaine quantité de sang par le nez et par la bouche ; à partir de ce moment la zone hystérogène disparut et il devint possible, sans provoquer aucune réaction, d'exercer de fortes pressions sur la partie moyenne du sternum.



Fig. 12.

Peu de temps après les mêmes phénomènes se reproduisirent dans le même ordre de succession : 1° apparition de la zone hystérogène ; 2° épistaxis; 3° disparition de la zone; et cela à diverses reprises. Cette zone n'existe plus aujourd'hui et il y a plus de deux mois que la malade n'a pas eu de crises spontanées.

7 avril 1887. — Nous trouvons M. B... dans le décubitus dorsal; elle est très amaigrie, les joues sont pâles et creuses, le ventre excavé en bateau; néanmoins, la physionomie n'est pas cadavérique, et, bien que les traits soient sans expression, on ne se croirait pas en présence d'une femme qui, depuis quatre ans bientôt, ne s'alimente presque exclusivement qu'avec des lavements. Le tissu cellulo-adipeux a presque complètement disparu ; cependant, lorsqu'on pince la peau, le pli ne persiste que très peu de temps.

Parfois, la face se colore légèrement ; elle s'injecte même, mais ces phénomènes sont de courte durée ; en résumé, le facies est celui d'une femme amaigrie plongée dans un sommeil calme et profond. Lorsqu'on ouvre brusquement les paupières, les yeux apparaissent dans leur situation normale, la pupille moyennement contractée, mais le plus léger contact, l'impression de l'air, suffisent à les faire se convulser en haut, en strabisme divergent.

La respiration est calme, légère et lente (16-18). Le pouls est régulier, assez rapide; il bat en moyenne quatre-vingt-quinze à quatre-vingt-dix-huit fois par minute. La température prise plusieurs fois dans l'aisselle donne de 37 à 37°,8.

L'anesthésie de la surface cutanée et des muqueuses est totale; la malade ne réagit sous l'influence d'aucune excitation. Toutefois, l'introduction de la sonde œsophagienne ou celle de quelques gouttes de liquide dans la bouche provoque parfois un spasme très violent ; quelquefois aussi il se produit un spasme convulsif de déglutition. La sensibilité cependant reparut à un moment donné, sous l'influence d'injections hypodermiques contenant chacune environ un milligramme de sulfate d'atropine. La réapparition se fit d'abord au niveau des pieds, qui devinrent sensibles à la piqûre ; pendant plus d'une semaine, ces injections, pratiquées tous les jours, amenèrent une extension ascendante et symétrique de la zone sensible qui s'étendit au tronc et aux membres. La tête resta toujours insensible, et cette anesthésie reparut totale pour tout le corps après la cessation des injections hypodermiques.

En enlevant les oreillers sur lesquels semble appuyée la tête de M. B..., afin de rechercher s'il n'existe pas à la partie postérieure du tronc quelque zone hystérogène, nous remarquons que la tête ne repose pas directement sur ces oreillers ; elle reste fixe, légèrement courbée en avant par suite de la contracture dont les muscles du cou sont le siège. La malade est du reste éminemment contracturable. Si on soulève un des bras on le voit garder la position donnée ; il est raide, de même les doigts, et cette attitude peut persister des heures entières. Les réflexes rotuliens sont très exagérés et le simple relèvement du pied donne lieu à la trépidation spinale. Cette trépidation ne tarde pas à se généraliser à

l'autre membre inférieur, et le corps tout entier est bientôt agité par la trépidation qui l'envahit également. C'est à cette hyperexcita-



Fig. 13.

bilité musculaire qu'il est logique d'attribuer la convulsion des yeux en haut qui se produit aussitôt qu'on soulève les paupières.

Pendant ces périodes d'excitation provoquée, la face se colore, le pouls devient plus rapide et la température s'élève à 37°,8.

Les organes thoraciques et abdominaux paraissent sains; la percussion indique que la vessie est presque complètement vide ; la miction est involontaire, les urines très peu abondantes; de temps en temps on vide le rectum, toujours peu chargé de matières dures, à l'aide de lavements appropriés.

Le fait que nous venons de rapporter nous servira, avons-nous dit, considérablement dans l'étude symptomatologique des attaques de sommeil, mais, avant d'entreprendre de les décrire il est nécessaire d'exposer certaines considérations particulièrement relatives à l'*étiologie* toute spéciale de cette variété de l'attaque hystérique.

Nous ne nous arrêterons que fort peu sur les *antécédents héréditaires* des sujets. L'hystérie, comme on le sait, appartient à la grande famille neuro-pathologique [1] et, en ce qui regarde spécialement les attaques de sommeil, la lecture des nombreuses observations rapportées par les auteurs nous montre que les individus qui en sont atteints n'échappent pas à la règle commune. De-ci, de-là, on trouve des faits soigneusement étudiés (Obs. I, Achard) dans lesquels ces antécédents semblent faire défaut, mais ce sont encore des exceptions qui confirment une règle assez solidement assise aujourd'hui pour se passer de discussion.

Toutefois, en ce qui regarde les *antécédents personnels* du sujet nous devons préciser la date de l'apparition des attaques de sommeil par rapport aux autres accidents hystériques développés chez le même individu. En un mot, quelle place occupent les attaques de sommeil au milieu de l'apparition et du développement des autres phénomènes de la série hystérique? Cette question en amène une autre qui lui confine de bien près: quelle est la fréquence des attaques de sommeil relativement aux autres variétés de l'attaque hystéro-épileptique ou aux phénomènes nerveux de même ordre ?

La première question est importante à préciser surtout lorsque l'on envisage la forme d'attaque de sommeil plus particulièrement désignée sous le nom d'*apoplexie hystérique*. Un exemple fera mieux comprendre notre pensée. Un médecin est ap-

[1] Voy. Déjerine. — *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*. Th. agrég., Paris, 1886.

pelé, ainsi que le fait s'est présenté à plusieurs reprises, près d'un individu plongé dans le coma le plus profond. Certains signes qu'il constate peuvent lui faire penser à une affection organique : il interroge les personnes qui vivent d'ordinaire avec le malade et celles-ci lui apprennent que le sujet souffre ordinairement d'attaques convulsives dont la description le met immédiatement en éveil sur la nature hystérique des phénomènes actuellement soumis à son observation. Son diagnostic trouve donc dans les anamnestiques un point d'appui solide qui lui permettra de porter immédiatement un pronostic raisonné de la plus haute importance.

Toutefois, il faut aussi savoir que cette étude des anamnestiques n'est pas toujours chose aisée : un individu est subitement frappé dans la rue, il est amené à l'hôpital, et tous renseignements font défaut : le diagnostic devra s'établir néanmoins; ce qui n'est pas une raison cependant pour négliger l'étude des antécédents personnels lorsque ceux-ci peuvent être obtenus.

Nous plaçant au point de vue nosographique pur nous dirons qu'il résulte, pour nous tant de la lecture d'un nombre considérable d'observations que des opinions émises par les divers auteurs qui se sont occupés de la question que les attaques de sommeil sont très rarement les premières en date dans l'évolution des phénomènes de la série hystérique chez un même sujet.

Ces accidents nerveux antérieurs sont très variés, et il faudrait passer en revue presque toute la symptomatologie de l'hystérie pour les énumérer. Cependant, il en est qui, par leur fréquence, priment tous les autres ; nous voulons parler des phénomènes convulsifs de la grande attaque qui si souvent précèdent, lorsqu'ils ne s'y mêlent pas, les attaques de sommeil.

« Le plus ordinairement, dit Briquet (p. 416), le sommeil hystérique n'arrive qu'à la fin des attaques de convulsions. » « Le sommeil hystérique, dit M. Charcot[1], est une attaque hystéro-épileptique modifiée. » Aussi M. P. Richer a-t-il parfaitement raison de décrire — comme nous l'avons noté — ces accidents sous la rubrique : « Variété de l'attaque par *immixtition* de phénomènes léthargiques », ajoutant plus loin (p. 260) : « En résumé, les attaques de sommeil hystérique sont souvent

[1] *Lezioni cliniche; loc. cit.*, p. 38.

précédées de phénomènes convulsifs pouvant être rapportés aux deux premières périodes de la grande attaque. »

Néanmoins, comme on le sait, les phénomènes convulsifs toniques et cloniques ne constituent que les deux premières périodes de la grande attaque. Or il est assez souvent donné d'observer chez le sujet les phénomènes des deux dernières : attitudes passionnelles, rêve et délire; de même que les diverses variétés d'*aura* peuvent simplement précéder immédiatement l'apparition des phénomènes léthargiques. Cette sorte d'inversion du type tient surtout à ce que le sommeil, lorsqu'il n'est pas primitif d'emblée, survient souvent, non pas consécutivement à une attaque isolée, mais bien plutôt à une *série d'attaques* dont les symptômes fréquemment frustes empiètent successivement les uns sur les autres au point de dénaturer leur expression symptomatique.

Tout ce que nous venons de dire se trouve parfaitement résumé dans les lignes suivantes empruntées à MM. Bourneville et Regnard (p. 137) : « Quelquefois les attaques viennent sans prodromes; le plus souvent on note un certain nombre de phénomènes: les malades sont de mauvaise humeur, agacées, tristes et pleurent; ou bien elles sont gaies outre mesure, rient aux éclats sans motifs, ne peuvent se retenir; l'une d'elles avait des hallucinations de la vue ; la tête est lourde ; elles ont des *secousses*, laissent échapper les objets qu'elles tiennent à la main; par instants, elles sont incapables de parler, quoi qu'elles fassent ; elles ont une tendance très visible à dormir, contre laquelle elles luttent; les paupières se ferment. Cette situation a une durée qui varie de quelques minutes à plusieurs heures, même une journée. »

Joignons à cela la connaissance d'accidents antérieurs plus éloignés, d'ordre variable, et la fréquence immédiate des accidents convulsifs, signalés par P. Richer, et nous pourrons conclure que les attaques de sommeil ne sont que *très rarement* le symptôme de début des accidents de la série hystérique, chez le sujet qui les présente actuellement.

Abordons maintenant l'étude de la seconde question. Quelle est la fréquence *absolue* des attaques de sommeil, comme symptôme dominant, par rapport aux autres phénomènes hystériques ou mieux par rapport aux autres variétés de la grande attaque.

« Les attaques de sommeil sont peu communes », dit Briquet

(p. 145), qui, sur 420 malades, a seulement relevé « trois cas d'hystérie avec des attaques consistant en un véritable sommeil » ; cinq cas d'attaques *comateuses* et huit de véritable *léthargie*.

L'opinion émise par Briquet et adoptée par MM. Bourneville et Regnard est certainement vraie, mais les conclusions du premier de ces auteurs sont peut-être un peu trop absolues. Nous avons dit, en effet, qu'une mauvaise interprétation basée sur une synonimie défectueuse lui avait fait écrire « qu'on n'en trouve pas d'exemple dans les 350 observations analysées par M. Landouzy » alors que, sous le nom de syncope et de mort apparente, cet auteur (p. 67) ne rapporte pas moins de 27 observations tant personnelles qu'empruntées à ses prédécesseurs dont la lecture ne laisse aucun doute sur l'identité des phénomènes observés avec ceux que nous décrivons. Evidemment, il existe là comme partout ailleurs des questions de degré et nous ne voulons pas assimiler les syncopes du petit mal hystérique aux attaques de sommeil, mais enfin, lorsque Landouzy écrit que « cet état syncopal varie de plusieurs minutes à plusieurs jours quant à la durée » on ne saurait raisonnablement lui refuser d'avoir observé un certain nombre d'attaques soporeuses. Leur rareté est donc, de ce fait même, un peu moins grande que ne le dit Briquet.

Pour ce qui est de l'*âge* et du *sexe* nous nous en tiendrons aux données généralement admises en ce qui regarde l'explosion des accidents hystériques envisagés sous toutes leurs formes. Nous devons dire cependant que les récentes études de M. Charcot ont singulièrement étendu chez les hommes le domaine de la névrose. Aussi, sans chercher à préciser davantage que ne l'a fait M. Achard, dirons-nous avec lui, en ne considérant que la forme particulière de l'attaque de sommeil qu'il a étudiée : « L'apoplexie hystérique frappe aussi bien le sexe masculin que le sexe féminin. Elle s'observe non seulement chez des sujets jeunes ou dans la force de l'âge, mais aussi, bien que plus rarement, chez des vieillards[1]. » (*A suivre.*)

[1] *Op. cit.*, p. 87, *obs.* XVI, 62 ans; *obs.* XIX, 65 ans.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Des symptomes de la motilité dans les psychoses simples ; par Freusberg. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 3.)

Les phénomènes qui dans la folie se produisent sur le système locomoteur sont de six espèces, d'après M. Freusberg : 1° Modifications de l'excitabilité de l'appareil locomoteur ; 2° modifications de la tonicité musculaire ; 3° phénomènes moteurs paradoxaux ; 4° mouvements intentionnels et motilité en rapport avec les conceptions ; 5° mouvements automatiques.

Enfin, il existerait une classe qui mériterait le nom de *décharge motrice paroxystique*, Elles se produirait dans les psychoses aiguës sous la forme de semi-rigidités ou de semi-convulsions musculaires revêtant l'aspect d'accès n'ayant rien à voir avec l'hystérie ni l'épilepsie, mais représentant des phénomènes d'arrêt ou d'excitation de l'appareil musculaire, par conséquent bien localisées. Ces rigidités, mouvements irrésistibles ou convulsions seuls ou associés, de courte durée, qui n'ont rien à faire avec la conservation ou l'absence de connaissance, sont absolument différentes de la catatonie de Kahlbaum, d'abord parce qu'ils ne se produisent point dans les folies chroniques, en second lieu parce qu'ils représentent des perturbations paroxystiques passagères des folies aiguës ou des stades initiaux des folies aiguës ; enfin, parce qu'ils fréquentent indistinctement toutes les modalités psychopathiques ; ils sont des accidents spéciaux dans les conditions que nous venons d'énumérer. Quatorze observations à l'appui. On les rencontre plutôt, il est vrai, dans la folie systématique et dans le désordre des idées hallucinatoire (délire asthénique), mais, outre qu'ils y sont rares, ils n'ont aucune importance pronostique, et par suite ne forment pas un complexus compréhensif autonome. P. Keraval.

II. CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA DÉMENCE POST-FÉBRILE. *Remarques sur les fibres nerveuses de l'écorce cérébrale*; par H. EMMINGHAUS. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 3.)

Jeune homme de dix-neuf ans, atteint, à la suite d'une fièvre récurrente grave, à évolution prolongée, au moment de la convalescence, de troubles intellectuels, revêtant, le masque de *démence aiguë*. Il avait été atteint de fièvre récurrente en février 1884; on l'apportait à la clinique le 11 juin 1884; il mourait le 9 juillet dans le collapsus, le coma, la cyanose, avec une température de 30° 6; ralentissement de la respiration et du cœur. L'*autopsie* révéla une pneumonie chronique ulcéreuse du lobe supérieur gauche, de l'œdème pulmonaire, des abcès furonculeux et métastatiques dans les deux reins, un foyer hémorrhagique dans le péricarde, avec péricardite séro-fibrineuse, des ecchymoses avec hypérémie du tube digestif, adénôme des deux capsules surrénales. L'examen approfondi du cerveau décèle une tuméfaction albumineuse des cellules corticales; intégrité des fibres nerveuses. P. K.

III. UN CAS DE NEUROPSYCHOSE MORTELLE SE COMBINANT AVEC DES SYMPTOMES DE LÉSION EN FOYER APPARENTS, SANS ALTÉRATION ANATOMIQUE; par R. THOMSEN. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 3.)

Jeune homme de vingt et un ans, jusque-là bien portant. Tare héréditaire. A la suite d'excès de boissons, vertiges, puis attaques épileptiformes, agoraphobie, accès de *delirium tremens*. Un de ces derniers se termina par une folie systématique hallucinatoire (idées de persécution), qui guérit en plusieurs mois ainsi que l'agoraphobie. En même temps hémianesthésie mixte et stationnaire. Rétrécissement concentrique du champ visuel et hémianopsie droite. Quelques mois plus tard, exaspération de la psychose; un accès d'angoisse nocturne se termine par une hémiplégie droite comprenant le facial; blépharoptose et paralysie du droit interne de ce côté, paralysie de l'hypoglosse gauche. Contraction paradoxale. Puis tout disparaît, mais bientôt la paralysie reparaît sur les extrémités. Finalement, la paralysie de l'hypoglosse droit remplace celle de l'hypoglosse gauche, et, à cette seconde hémiplégie s'adjoignent de violentes douleurs dans les deux jambes et de l'entéralgie constituant des accès accompagnés de fièvre élevée. Série d'exacerbations et de rémissions des accidents psychiques et nerveux; guérison graduelle presque complète. Mort subite

imprévue. Durée totale : quatre ans et demi. *Nécropsie* absolument négative, à part une légère dégénérescence des nerfs périphériques. Après avoir étudié, analysé le diagnostic différentiel entre la sclérose en plaques, et une psychose combinée à une névrose (hystérique ou hystériforme), l'auteur tendrait à l'idée d'une inconnue complète. L'influence de l'alcool se révèle par des altérations des nerfs périphériques.

P. K.

IV. De quelques phénomènes initiaux rares dans la démence paralytique; par Pelizæus. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Deux observations : l'une d'*hypercrinie salivaire* avec douleurs dans la gorge, et légère dysphagie, ayant précédé de trois mois la paralysie générale; l'autre de *parésie fonctionnelle d'une des cordes vocales*, parésie disparaissant au moment de l'examen laryngoscopique, reparaissant aussitôt après, parésie accompagnant et précédant de trois mois les phénomènes caractéristiques de la paralysie progressive. P. K.

V. Contribution au rapport qui existe entre la paralysie générale et la syphilis. *Contribution casuistique;* par W. Sommer (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Paralysie générale chez un jeune homme de vingt ans, qui avait été infecté au sein par sa nourrice. P. K.

VI. Un cas de paralysie progressive, compliquée de sclérose latérale amyotrophique; par Zacher. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Paralysie générale avec dégénérescence des faisceaux pyramidaux dans les cordons latéraux depuis la moelle lombaire jusqu'à la décussation. Peu d'altérations dans la substance grise des cornes antérieures si ce n'est dans le renflement cervical. Dégénérescence des nerfs périphériques et des muscles. Altérations vasculaires et conjonctives de l'ensemble du système nerveux central et périphérique. L'évolution générale démontre que l'altération des faisceaux pyramidaux dans les cordons latéraux a été la première en date; d'où une première période de paralysie spasmodique; puis, les organes périphériques sont, dit l'auteur, devenus malades et l'atrophie s'est développée, s'opposant à la persistance des troubles spasmodiques. (C'est là ce qui distingue cette amyotrophie de l'amyotrophie cellulaire du type Charcot.) Tel est le complexe neuropathique survenu chez un paralytique général. Il est intéressant de signaler que les altérations corticales de la périencé-

phalite ne se sont pas étendues de proche en proche des ascendantes au faisceau pyramidal du centre ovale, puisque au-dessus de la décussation on ne constate pas de lésions. Les altérations vasculaires du système nerveux central et périphérique n'auraient, d'après Zacher, aucune relation avec l'ensemble du processus dégénératif cérébro-spinal, puisqu'on ne constate pas de lésions inflammatoires dans les cordons latéraux, la substance grise, les fibres nerveuses. P. K.

VII. D'UNE FORME TOUTE PARTICULIÈRE D'ILLUSIONS DE LA VUE; par O. ROSENBACH. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1886.)

Un monsieur parfaitement bien portant à tous égards croit en sortant dans la rue, à la suite d'une tension d'esprit prolongée, que toutes les personnes qu'il rencontre lui sont connues, une attention soutenue lui démontre qu'il y a illusion, mais il faut qu'il réfléchisse et qu'il se rende compte qu'une circonstance toute spéciale, la similitude d'un détail, a rappelé en lui la physionomie d'individus qu'il connaissait, quoique souvent leur existence lui fût jusque-là tout à fait sortie de la mémoire. Le mécanisme serait, d'après M. Rosenbach : conceptions erronées, émanant d'une perception sensorielle quelconque mal pesée, mal analysée, avec projection somatique dans le monde extérieur de ces conceptions ou associations d'idées. L'illusion ordinaire au contraire provient d'une perception incertaine, une image rétinienne obscure conduisant à une conception fausse. P. K.

VIII. D'UN TROUBLE PRÉCOCE DE LA SENSIBILITÉ DANS LA DÉMENCE PARALYTIQUE; par TH. ZIEHEN. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Il arrive souvent que chez un paralytique général, la sensation d'une piqûre d'aiguille soit au moment même exactement localisée; mais laisse-t-on s'écouler quinze secondes ou davantage entre le moment de l'application et l'interrogation, on voit se commettre des erreurs de localisation considérables. P. K,

IX. PARALYSIE GÉNÉRALE ASSOCIÉE A DE L'APHASIE SENSORIELLE; par A. ROSENTHAL. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1886.)

Il s'agit d'un syphilitique présentant en mai 1881 une attaque d'apoplexie suivie de perte complète de la parole; il la récupère, mais en ayant perdu la notion des noms qui s'appliquent aux objets, et se trouve obligé de s'exprimer par des périphrases,

estropie les mots en les répétant, ne se rappelle les substantifs que lorsqu'on lui offre les objets. Amnésie partielle des adjectifs et des verbes. Pour garder le souvenir des dénominations qui lui reviennent se met à prendre des notes. Ses phrases sont enfantines pour ces motifs. Ne sait compter que jusqu'à dix et se montre incapable de multiplier quatre par six (il obtient quarante-six); lit très lentement, connaît les lettres et les syllabes, mais embrouille les syllabes les unes dans les autres et ne peut venir à bout d'expliquer le sens de ce qu'on lui lit. Copie l'imprimé, peut même spontanément écrire une lettre de quelques lignes, mais son style est périphrastique comme son élocution, par conséquent peu varié. Intégrité, des viscères; quelques plaques d'anesthésie ou plutôt d'analgésie légère; sensations retardées; démarche lente et lourde. S'occupe tranquillement sans rien comprendre à ce qu'il fait. Démence paralytique graduelle, marasme, mort après deux ans et demi de maladie. On constate, de concert avec les altérations de la paralysie générale, que le lobe temporal gauche est réduit en bouillie : ce ramollissement commence à l'extrémité antéro-inférieure des IIe et IIIe temporales, se prolonge en s'élargissant en arrière et en haut, atteint le milieu de la partie moyenne du versant inférieur de la première et se termine en se rétrécissant à la limite du pli courbe et de la deuxième occipitale. Ce foyer a une longueur de dix centimètres ; son plus grand diamètre transverse est de 2 à 3 centimètres, sa profondeur est de 1 à 1,5, l'écorce et la couche blanche sont intéressées. P. K.

X. Un cas remarquable de syphilis cérébrale; par L. Goldstein, (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1886.)

Homme de trente-quatre ans, atteint il y a sept ans de syphilis. Un an après l'infection, ictus apoplectique léger. Trois ans plus tard, nouvel ictus suivi de diplopie et de difficulté de a démarche. Un an encore, et petits accès épileptiformes. Finalement trouble de la parole consistant en hésitations, ralentissements traînants suivis de précipitation dans l'élocution avec effort manifeste de l'esprit : efforts inutiles. Lit en commençant couramment, puis s'interrompt, hésite à plusieurs reprises, laisse de côté certaines lettres et bientôt des syllabes entières, de sorte que le texte devient absolument inintelligible. Ecriture tremblée, également incompréhensible par l'omis-

sion de lettrés. Désordre dans les idées, agitation, excitation. Une attaque épileptiforme débutant par la rotation de la tête à droite, et convulsions de la moitié droite de la face et des deux extrémités de ce côté, se généralise bientôt ; un état de mal se déclare. On constate finalement des accès de folie postépileptique alternant avec des accès épileptiformes ou de grandes attaques épileptoïdes. Gangrène spontanée de tous les orteils du pied droit. Démence, marasme. Mort après sept ans de maladie. — *Autopsie*. Artérite syphilitique de l'encéphale ayant déterminé une anémie cérébrale extrême et rien de plus. L'auteur adopte la pathogénie suivante : l'anémie extrême a agi comme excitant soit sur l'écorce grise, soit sur les centres profonds. P. K.

XI. Un cas de dypsomanie guérie par la strychnine ; par Tolvinsky. (*Wratsch*, 1886, n° 38[1].)

Il s'agit d'un boulanger âgé de trente-quatre ans. Excessivement anémique il a un souffle très net dans les veines jugulaires. Rien d'anormal du côté des poumons et du cœur. Le foie tuméfié est sensible au toucher. Pas d'albumine ni de sucre dans l'urine dont la quantité et le poids spécifique sont parfaitement normaux. La sensibilité générale et spéciale sont conservées. Dans les antécédents héréditaires on constate que son père était dypsomane et sa sœur hystérique. Les premiers phénomènes de dypsomanie se sont manifestés chez notre sujet à l'âge de vingt-cinq ans ; il avait été bien portant jusqu'alors. Les accès de la maladie survenaient irrégulièrement et duraient parfois des mois entiers. Les prodromes se caractérisaient par une tristesse sans cause et des palpitations ; puis survenait un désir irrésistible de boire, qu'il était obligé de satisfaire aussi bien le jour que la nuit. Pendant l'ivresse il avait des hallucinations de la vue (animaux) et de l'ouïe, il dormait très peu, avait des nausées fréquentes, ne mangeait presque pas. Ses membres tremblaient ; il était très affaibli ; il avait des constipations rebelles. Ce n'est qu'après neuf ans, que ses parents ont consulté pour la première fois M. Tolvinsky, au mois d'août 1885. Différents médicaments, tels que le chroral, l'opium, le bromure de potassium n'ont produit aucune modification dans son état. C'est seulement après avoir échoué avec ces remèdes que l'auteur se décida d'essayer, en 1886, l'azotate de strychnine en pilules de 0 gr. 001 milligr. chacune, à prendre trois par jour.

[1] Une bibliographie détaillée de la question a été indiquée par M. Popoff dans un travail *sur le traitement de la dypsomanie* (*Wratsch*, 1886, n° 10).

Déjà le lendemain, une amélioration était survenue; le malade ne voulait plus boire, l'insomnie et l'anorexie avaient un peu diminué d'intensité. Le quatrième jour de ce traitement: amélioration notable de l'état psychique, diminution du tremblement, sommeil et appétit; disparition de douleurs de la région hépatique et de sa tuméfaction ; plus de nausées ni de vomissements. Le neuvième jour, il a pu reprendre sa profession. Il a continué de prendre 2 milligrammes de strychnine par jour pendant six semaines. L'auteur l'a vu trois mois après: le sujet n'a pas d'accès de dypsomanie, il travaille et n'éprouve aucun désir de boire.

J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 31 *octobre* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Bigot, à la mémoire duquel il rend hommage.

LE SÉCRÉTAIRE GÉNÉRAL exprime le regret de s'être trouvé dans l'impossibilité de représenter la Société à ses obsèques.

De l'accumulation de la morphine dans le foie d'une morphiomane. — M. BALL communique l'histoire d'une morphiomane guérie de ses impulsions par la spartéine et décédée tout à coup le dix-septième jour de sa.... guérison. L'observation a déjà été présentée à l'Académie, mais ce que M. Ball n'a pas dit à l'Académie, « dans la crainte des chimistes », c'est qu'il avait trouvé dans le foie de la malade 46 centigrammes de chlorhydrate de morphine à l'état libre. Cet emmagasinage expliquerait comment des accidents imputables à la morphine peuvent se produire après que les malades en ont cessé l'usage.

Du délire chronique (suite de la discussion). — M. CHARPENTIER a rencontré les idées de persécutions dans plusieurs cas; il estime qu'ils peuvent se diviser en dix groupes principaux : Premier groupe : Idées de persécutions traumatiques ou chirurgicales. — Deuxième groupe : Idées de persécutions survenant pendant et

après les maladies aiguës. — Troisième groupe : Idées de persécutions empruntées à des rêves. — Quatrième groupe : Idées de persécutions dont les manifestations délirantes simulent l'ivresse. — Cinquième groupe : Idées de persécutions chez les pléthoriques et les congestifs à tempérament sanguin. — Sixième groupe : Idées de persécutions chez les arthritiques mélancoliques à forme torpide. — Septième groupe : Idées de persécutions simples dans le délire des persécutions ordinaires. — Huitième groupe : Idées de persécutions avec hallucinations et troubles de la sensibilité générale. (Ce groupe comprend trois variétés : *A*, les persécutés sensoriels; *B*, les persécutés psychiques; *C*, les persécutés mixtes.) — Neuvième groupe : Idées de persécutions dans la mélancolie anxieuse (auto-persécuteurs). — Dixième groupe : Idées de persécutions aboutissant à la mégalomanie (persécutés par vanité chronique).

De l'action des médicaments à distance. — Suggestion, auto-suggestion et vivacité du souvenir dans le sommeil hypnotique. — M. J. Voisin fait part à la Société de ses nouvelles recherches sur l'action des médicaments à distance chez les hystériques. Ses conclusions sont identiques à celles qu'il a formulées l'année dernière. La suggestion et l'auto-suggestion sont les seules causes des phénomènes que nous voyons se dérouler sous nos yeux, mais il y ajoute un nouveau facteur, la mémoire. La vivacité du souvenir est très nette dans la nouvelle observation qu'il communique. Elle nous explique la répétition des mêmes phénomènes à une époque éloignée du début de l'expérience. Elle est consécutive à la suggestion.

Le médecin de la Salpêtrière profite de cette circonstance pour réfuter les arguments que MM. Bourru et Burot développent dans leur nouveau livre sur la suggestion mentale. Il se sert du texte de leurs observations pour prouver que les sujets sur lesquels ils ont expérimenté n'étaient pas à l'état de veille, comme le prétendent les expérimentateurs, mais bien dans un état hypnotique et que cet état qui, d'après eux, n'est pas susceptible de suggestion, est justement le plus favorable à la suggestion. En terminant, M. Voisin tire une déduction thérapeutique de son observation : c'est la suppression momentanée (six mois) des attaques d'hystérie et des vomissements, par la suggestion.

M. Larroque n'a pas vu les expériences de MM. Bourru et Burot, mais il a assisté à la réédition qu'en donna M. Luys à la Charité, et il a remarqué que les sujets étaient prévenus de supercherie, de l'action attribuée au médicament présenté. Sans même parler il est bien évident que les malades subissaient tout simplement une suggestion.

M. B.

Séance du 28 novembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Période pré-délirante de la paralysie générale. — M. CHRISTIAN, énumère un certain nombre de troubles morbides qu'il a notés chez beaucoup de malades atteints plus tard de paralysie générale et qui, sous leur apparente diversité, lui semblent constituer un groupe unique et avoir une signification pathologique bien déterminée. Ces troubles morbides sont tantôt des troubles de la vision (diplopie, strabisme ou ptosis), tantôt des affections viscérales simulant des lésions organiques graves du côté de l'estomac des intestins, de la vessie, etc. Il faut y joindre également les troubles trophiques dont le mal perforant est un exemple et, peut-être, les ulcérations imaginaires de la langue que M. Verneuil a récemment signalées à l'Académie de médecine.

Quoi qu'il en soit, tous ces désordres, si graves qu'ils paraissent, peuvent s'effacer et s'évanouissent souvent quand éclatent les symptômes cérébraux qui caractérisent la maladie confirmée. D'une façon générale, ils ressemblent à ceux que l'on observe dans le tabes et qui forment les symptômes de la période pré-ataxique de l'ataxie locomotive progressive, aussi M. Christian propose-t-il de réunir dans un chapitre nouveau tous les troubles morbides qu'il a énumérés et d'en constituer la période pré-délirante de la paralysie générale.

M. GARNIER tout en reconnaissant l'intérêt de la communication de M. Christian répond que sa description figure chaque année dans les lecons de M. Magnan qui en a fait l'objet de sa thèse dès 1868.

M. FÉRÉ rappelle aussi que ces mêmes faits ont été signalés autrefois par Baillarger.

M. GILBERT BALLET sans nier l'existence de ces symptômes, répond qu'ils ne se rencontrent que chez les paralytiques généraux à forme ataxique, au moment où les lésions, qu'elles débutent par la moelle ou qu'elles s'y propagent, s'installent dans cet organe.

M. FALRET. C'est en effet chez des malades de cet ordre que Baillarger les avait surtout rencontrés.

M. GILBERT BALLET fait une communication sur un cas d'hallucinations auditives survenues à la suite de troubles de l'ouïe. Il s'agit d'un malade âgé de trente-trois ans actuellement en observation à l'hôpital Broussais, qui, à la suite de chagrins de famille, ressentit au cours de l'année de 1886 des bourdonnements de l'oreille limités au côté gauche, puis bilatéraux. Les hallucinations apparurent peu de temps après. Elles consistèrent tout d'abord en des bruits vagues et se caractérisèrent bientôt avec plus de

netteté. Actuellement, le malade entend des voix qui sont toujours de son oncle ou de sa femme. Ces voix le « suivent pas à pas » pendant plusieurs heures de suite. Elles sont tantôt menaçantes, tantôt impératives, tantôt moqueuses. Elles disent, par exemple, « Nous te surveillons; tu ne tueras personne; tu ne déshonoreras pas ta famille; ne pense plus à ta femme, c'est une coquine; pense à ta mère, etc. » Le malade les entend aussi bien de l'oreille droite que de l'oreille gauche. Il ne s'abuse nullement sur leur nature et s'est toujours rendu compte qu'il est le jouet d'une obsession maladive. Les hallucinations sont presque toujours précédées de bourdonnements d'oreilles.

Ce cas, fait observer M. Ballet, semble au premier abord donner raison aux auteurs qui subordonnent certaines hallucinations aux troubles des organes des sens. Mais il n'y a là qu'une apparence. Discutant son observation, M. Ballet montre que son malade était un nerveux, bien avant d'être un halluciné, que si chez lui les hallucinations se montrent d'ordinaire à la suite et peut-être à l'occasion des bourdonnements d'oreille, elles naissent aussi sous l'influence de diverses impressions d'un autre ordre. Il s'agit là, en somme, d'un sujet chez lequel la plupart des réactions nerveuses se traduisent par l'hallucination de l'ouïe comme chez d'autres elles se traduisent par des impulsions.

M. Ballet ne croit pas qu'un trouble sensoriel puisse de toute pièce engendrer des hallucinations. Ce trouble intervient au plus comme cause occasionnelle. C'est la prédisposition nerveuse qui crée l'hallucination. Dans les cas analogues à celui dont il s'agit, on a affaire à des dégénérés qui ont des perceptions fausses tout comme d'autres ont des impulsions, de l'onomatomanie, de l'inversion du sens génital. Au point de vue de la physiologie pathologique on peut envisager l'hallucination verbale de l'ouïe comme le résultat d'une excitation morbide du centre des images auditives des mots. On serait en droit, dès lors, de les rapprocher de certaines formes d'onomatomanie qui semblent dépendre d'une excitation anormale du centre des images verbales motrices. Les hallucinations auditives analogues à celles observées chez le malade dont il s'agit, doivent être rangées parmi les stigmates physiques de la dégénérescence. Elles présentent, en effet, les deux caractères principaux de ces stigmates : en premier lieu, elles sont obsédantes et déterminent chez le malade un phénomène d'angoisse des plus pénibles, en second lieu, elles sont conscientes en ce sens, que le sujet ne s'abuse pas sur la réalité des voix qu'il entend.

M. Ball n'a pas la prétention de dire que les troubles des organes de l'ouïe suffisent à déterminer des hallucinations. Dans ses diverses communications et dans les travaux qu'il a inspirés à Regis, il poursuit un seul but, celui de réfuter la doctrine de

ceux qui pensent que l'hallucination de l'ouïe n'est qu'une idée projetée au dehors. C'est là une doctrine contre laquelle on ne saurait trop s'élever. Pas d'hallucination sans cause matérielle. Le malade dont parle M. G. Ballet n'est pas un véritable halluciné, tout le monde peut avoir physiologiquement des hallucinations de l'ouïe; j'en éprouve moi-même quelquefois, ajoute M. Ball. Pour être un véritable halluciné, il faut encore croire en ses hallucinations.

M. Ballet ne pense pas que l'hallucination puisse jamais être considérée comme un phénomène physiologique.

M. B...

CONFÉRENCE ALLEMANDE RELATIVE A L'ASSISTANCE DES IDIOTS [1];

Ve SESSION (FRANCFORT-SUR-LE-MEIN)

Séances des 14, 15, 16 septembre 1886.

On compte vingt-neuf collaborateurs présents, dont deux médecins, et vingt-quatre personnes étrangères à l'œuvre, dont six médecins.

Séance préparatoire. Présidence de M. Sengelmann. — Le président fait l'historique des faits relatifs à l'assistance des idiots qui se sont passés dans les trois années écoulées.

Il relate la mort de M. l'instituteur en chef Pflugk (d'Hubertusburg); du Dr Kind (de Langenhagen); le jubilé de vingt-cinquième année de Gladbach; les subventions de l'ordre de Saint-Jean.

Il met en relief la fondation de nouveaux établissements : en 1879, s'ouvrait l'établissement de Saint-Joseph, à Herthen, près Bade, destiné aux idiots et aux crétins, avec 198 malades : direction du pasteur Rolfus; — le 15 juin 1882, s'installait avec

[1] Il nous paraît indispensable de publier l'analyse de cette Société qui, à force de persévérance et d'étude, nous semble traiter d'une façon pratique et tout à la fois scientifique l'ensemble des questions de tous ordres que soulève l'assistance de l'idiotie. Nous appelons notamment sur ce congrès l'attention des administrateurs, des instituteurs et des médecins de notre pays. P. Keraval.

27 arriérés (24 du sexe masculin, 3 du sexe féminin), la maison de Saint-Joseph à Gmuenden, sur le Mein; — le 10 mars 1884, établissement d'éducation et de traitement pour enfants idiots catholiques, à Essen, sur le Rhin. Enfin, on est en train d'installer à Dessau l'établissement d'éducation pour imbéciles, arriérés et idiots israélites; on vient d'ouvrir avec 13 enfants l'établissement de Sayn, près Coblenz. Directeur, M. Jacobi et celui de Rillinghausen, près Stetten.

En même temps, on installe ou l'on augmente les *classes municipales annexes propres à l'instruction des enfants atteints de débilité mentale* [1] à Brunswick, Gera, Cologne, Hamburg, Vienne. Total : 36 établissements assistent actuellement 4,247 idiots, dont 3,800 coûtent près d'un million et demi de marks (1,875,000 fr.).

Première séance. M. l'instituteur en chef municipal, le Dr Miquel, souhaite en termes des plus cordiaux la bienvenue à l'assistance. Puis, le Dr Wulff (de Langenhagen) *examine quels sont les motifs à faire valoir en faveur d'une alimentation convenable, appropriée à un but envisagé pour les idiots de nos établissements.* La question de la nourriture occupe un des premiers rangs parmi les desiderata de l'assistance des arriérés; en effet, ces enfants sont incapables de discerner la qualité ou la fraîcheur des aliments qu'on leur donne, et de plus, il faut leur choisir des aliments qui impriment à leur économie une marche ascendante au double point de vue matériel et mental. Ce n'est pas tout; il faut absolument adapter à l'état de chacun d'eux le mode d'alimentation, consulter la sensibilité de leurs organes digestifs afin d'éviter ou de les gaver ou de les inanitier soit par surcharge, soit par défaut d'assimilation.

Les quantités moyennes de principes alimentaires servis dans nos établissements aux enfants des deux sexes comportent par tête et par jour : albumine, 75 gr.; — graisse, 55 gr.; — hydrates de carbone, 360 gr. La proportion générale entre l'albumine végétale et l'albumine animale est de 1 : 3.

Gardons-nous de leur faire ingérer trop d'hydrates de carbone, trop de pain, trop de pommes de terre. Donnons-leur des aliments d'excellente qualité, très soigneusement préparés, une nourriture mixte (animale et végétale) convenablement alternée dont on essaiera de produire à l'établissement les matières premières (c'est la meilleure façon de s'assurer de l'excellente qualité et de prévenir les falsifications). Faisons-leur faire trois, ou mieux, cinq repas par jour; on évite ainsi les excès d'ingestion, la surcharge des organes digestifs. Chaque repas sera soigneusement surveillé par des personnes sûres et intelligentes.

[1] Voyez plus loin.

Discussion. — Opinions contradictoires contre les quantités moyennes des matières alimentaires énoncées; — contre la multiplicité des repas; — contre les grands réfectoires; — d'aucuns préconisent le hareng aux pommes de terre et la nécessité de rassasier les jeunes gens le soir : on spécifie une trentaine de pommes de terre comme nécessaires en l'espèce. Sous le mérite de ces observations, le mémoire de M. Wulff est adopté.

SECONDE SÉANCE. M. le D[r] BERKHAN (de Brunswick). *Présentation d'un crâne de crétin adulte de Styrie.* — Rachitisme de la base, ossification prématurée des sutures entre le sphénoïde et la partie de la base connue en anthropologie sous le nom d'os basilaire (sphéno-occipital), ossification qui a déterminé un raccourcissement de la base, proéminence de l'épine nasale; grand nombre d'os intercalaires. Remarques sur la genèse des crânes d'aztèques. Les progrès de la civilisation et les modifications du genre de vie en ont réduit le nombre là même où ils étaient jadis si abondants.

M. le pasteur PALMER. *De l'entretien dans les établissements d'idiots de la notion des fêtes.* — Elles ont l'avantage, tout en se prêtant admirablement à la culture du christianisme, d'égayer les enfants; utilité de la musique vocale et instrumentale. Il y a lieu de distinguer la fête mondaine de la fête ecclésiale.

Discussion. — Ajoutez-y les fêtes patriotiques, les jeux, et permettez de fumer, surtout la pipe.

M. le directeur BARTHOLD (de Gladbach). *Devoirs du médecin dans un établissement d'idiots.* 1° L'idiotie consiste en des lacunes et des anomalies de l'encéphale consécutives à des processus inflammatoires ayant évolué pendant la vie fœtale ou dans la tendre enfance; de là l'entrave apportée au développement des facultés intellectuelles; — 2° par conséquent l'idiotie incombe à la médecine et à la pédagogie; — 3° il ne saurait être question de guérison absolue; — 4° diriger sur l'encéphale un traitement médicamenteux n'a pas d'objet; mais il est possible d'étendre le développement des facultés intellectuelles entravées; tel est le but et le devoir principal de la pédagogie; — 5° les maladies constitutionnelles associées à l'idiotie (scrofule par exemple), les troubles digestifs et nutritifs, les dyscrasies ne regardent que le traitement médical; — 6° les troubles psychiques qui se montrent chez maints idiots se rattachent au traitement psychiatrique; — 7° la complication de l'épilepsie appartient à la pratique médicale; il ne faut faire intervenir la pédagogie que lorsqu'on l'a améliorée ou supprimée; — 8° dans les maladies intercurrentes intervient le médecin seul; il ne perdra pas de vue la faible vitalité, le peu de résistance de ces individus; — 9° au médecin aussi

le devoir spécial de scruter les éléments étiologiques de l'idiotie, de lutter contre les affections cérébrales de l'enfance dont l'idiotie est souvent la conséquence, et par ce moyen, de battre en brèche l'idiotie. Pédiatrique des petits enfants, éducation et soins des nourrices, éducation et surveillance des bonnes d'enfants; alcoolisme; voilà ce qu'il faut envisager; — 10° par un traitement spécial bien approprié (hygiénique ou autre), le médecin contribue dans une mesure fondamentale à faciliter la tâche de l'instituteur; de concert avec ce dernier, il arrivera à améliorer le sort physique et mental des idiots.

Discussion. — Quel sera le directeur de l'établissement? Un médecin, un instituteur, un prêtre ? — Cette question est écartée comme inopportune; quant à la compétence absolue du médecin sur toutes choses en l'espèce, elle est universellement reconnue.

TROISIÈME SÉANCE. — M. le Dr BARTELS, directeur de l'enseignement scolaire municipal de Gera, communique le résultat de ses observations et de l'expérience qu'il a faite des *classes destinées aux arriérés de cette ville.* Il en est très partisan. Ces enfants qui, dans les écoles ordinaires, étaient laissés de côté, tournés en dérision, et ne progressaient pas parce qu'on ne s'en occupait pas, qui, finalement, devenaient des non-valeurs, se trouvent très bien et tirent grand profit de leur enseignement spécial. Le plus difficile est la question des professeurs; il faut à cet égard aviser à trouver des maîtres solides et à les conserver tels en ne les surmenant pas; pour cela, il convient de leur réserver quelques heures de travail dans les classes d'enfants normaux [1].

M. le directeur BARTHOLD. *Du développement du sens de la forme chez les idiots.* — Les enfants que l'on rencontre dans les établissements d'éducation d'idiots présentent une grande diversité quant aux lacunes ou aux anomalies que l'on constate dans les diverses forces psychiques ou les divers sens de chacun d'eux. Autrement dit les sens eux-mêmes considérés individuellement sont aussi susceptibles d'un développement différent. Ainsi le sens de la forme est plus capable de développement que le sens du nombre. D'ailleurs, le sens de la forme se compose de l'intel-

[1] Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer quelle vitalité dans la voie du progrès chez nos voisins. D'où que vienne la propulsion matérielle ou morale, on rencontre partout des essais fructueux, quand il s'agit du perfectionnement de l'homme. Est-il d'ailleurs un terrain plus passionnant que celui de l'enfance; la soigner par tous les moyens possibles, n'est-ce pas instituer la prophylaxie de l'avenir la plus utilitaire et assurer dans ses sources vives le développement de la race au meilleur marché. P. KERAVAL.

ligence (reconnaissance et distinction), de la forme et de la mémoire de la forme. Suivant qu'existe ou que prédomine chez tel ou tel individu l'une de ces modalités de la faculté totale ou l'une des facultés du sens de la forme, l'individu en question est apte à subir telle ou telle branche d'enseignement; si elles sont toutes deux développées au même degré, il pourra écrire, dessiner, lire. La prédominance, chez lui, de l'intelligence de la forme, l'entraînera à apprendre à écrire et à dessiner, mais non à lire. Si c'est la mémoire de la forme qui tient la tête, l'enfant apprendra bien à lire, mais non à écrire ni à dessiner. C'est aussi du genre du sens de la forme que dépendront les progrès dans l'enseignement visuel et le travail manuel. L'enseignement des idiots doit donc comporter dans une large mesure la culture du sens de la forme. Enseignement théorique par les démonstrations des formes et l'ensemble de l'enseignement visuel, enseignement pratique par l'enseignement de l'écriture, de la lecture, du calcul, du travail manuel. L'étude plastique et théorique des formes oblige à fixer, à observer, regarder, comparer, distinguer, assembler, réfléchir, juger et préparer l'utilisation du reste de l'enseignement visuel, et *vice versâ*. Le sens de la forme grandit par l'enseignement de l'écriture, de la lecture, du dessin et prend vie par la nécessité de reconnaître, comparer, juger la représentation graphique des formes matérielles. En combinant ces diverses branches de l'enseignement, on prépare l'enseignement du travail manuel qui les complète et est, lui, tout à fait approprié à la vie pratique [1].

M. le pasteur Sengelmann (d'Alsterdorf). *Que faut-il faire pour façonner et obtenir un bon personnel propre à l'enseignement et à l'assistance des idiots dans les établissements consacrés à ce genre de malades ?* Pour avoir un personnel capable de rendre les multiples services qu'exige l'assistance des idiots, et possédant les qualités intellectuelles et morales indispensables à ces services, il faut l'instruire dans un établissement d'idiots étendu et possédant toute espèce de malades de ce genre (instruction théorique et pratique). On évitera de changer trop souvent ces infirmiers en les payant convenablement et en leur procurant des distractions. Ces distractions consisteront précisément à instituer des réunions de ces serviteurs dans lesquelles on leur dispensera l'instruction propre et professionnelle sous forme de cours, de conférences,

[1] Cela a été démontré il y a près de cinquante ans par notre compatriote E. Seguin, créateur de la méthode à Bicêtre. MM. Delasiauve et Bourneville en ont étendu le champ. Voir d'abord, étudier l'objet tel quel, puis l'analyser, le reproduire graphiquement; qu'il s'agisse de formes géométriques, de lettres, de chiffres, d'ornements, d'hommes, d'animaux, la France doit revendiquer la méthode. Visitez plutôt le service modèle de Bicêtre de M. Bourneville. P. Keraval.

d'entretiens; on les exercera au chant, on organisera des jeux en commun. Mais la *première condition, c'est que le directeur et les fonctionnaires supérieurs prennent en main cette organisation; la suivent pas à pas, y participent activement.*

Enfin, c'est sur la proposition du directeur Barthold qu'est abondonnée l'ancienne dénomination de « Traitement curatif de l'idiotie »; la proposition du président M. Sengelmann fait adopter celle de « Conférence relative à l'assistance des idiots ». La réunion se termine par la visite de l'asile d'idiots du grand-duché de Hesse, près Darmstadt: population 123 malades, et celle de l'établissement de Scheuern, près Nassau : population 175 malades. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.* XLIV, 1.) P. KERAVAL.

XI[e] CONGRÈS DES NEUROLOGUES ET ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST.

SESSION DE BADE[1].

Séance du 22 mai 1886.

M. le premier curateur BŒUMLER ouvre la séance. M. le professeur ERB est nommé président; secrétaires : D[rs] LAQUER (de Francfort), HOFFMANN (d'Heidelberg).

M. le professeur GOLTZ (de Strasbourg). *Contribution à la physiologie de l'écorce du cerveau.* — Présentation de deux encéphales de chiens, chez lesquels l'expérimentateur avait déterminé de colossales pertes de substance. Chez l'un, il avait enlevé : à gauche, en deux séances, le lobe frontal et toute la zone motrice; à droite, outre les mêmes régions, la plus grande partie de l'écorce du lobe occipital. Cet animal pouvait encore fléchir la colonne vertébrale à droite et à gauche, il aboyait, grondait, percevait les sensations en tous les points du revêtement cutané; il ne présentait aucune paralysie motrice. Mais il paraissait complètement aveugle, bien que la sphère visuelle gauche n'eût pas été touchée et que celle de droite existât encore en partie. Il semblait sourd, quoique la région auditive n'eût pas été enlevée. Chez l'autre chien, destruction très

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, X[e] Congrès, tome XI, p. 302.

étendue et très profonde des deux lobes occipitaux; anéantissement complet des deux zones visuelles; et cependant il voyait parfaitement. Voici maintenant un cerveau de singe chez lequel on avait déterminé une lésion très étendue des circonvolutions centrales gauches; l'hémiplégie, très complète, n'avait été que passagère; l'animal récupéra très vite et tout à fait l'usage de ses membres. Il est vrai que, pour l'habituer à se servir de la main droite, parésiée, on lui attachait l'autre; ce procédé réussit également chez un chien qui présentait après la mort une destruction complète des centres moteurs des membres. Il n'y aurait donc pas dans l'écorce de centres circonscrits servant obstinément à des fonctions déterminées. Néanmoins, la théorie des localisations n'est pas nulle, car tous les animaux qui ont survécu à des destructions symétriques offrent des troubles extrêmement marqués dans l'ingestion alimentaire ainsi qu'une grande lourdeur dans les mouvements.

M. le professeur WIEDERSHEIM (de Fribourg). *Contribution à l'histoire des origines des organes sensoriels élevés.* — Résultat des travaux de Blaue, Beard, Froriep, concernant le développement des nerfs crâniens et des organes sensoriels situés dans le domaine de la tête. A une certaine période de leur développement, les nerfs crâniens dits dorsaux engendrent à leur périphérie un ganglion qui adhère intimement à l'épiderme. En cet endroit, les cellules épidermiques se transforment en neuroépithéliums qui correspondent aux organes d'un sixième sens découvert par Leydig. Une partie de ces appareils occupe l'extrémité supérieure d'une fente branchiale. Exemples: le glosso-pharyngien, le facial, le pneumo-gastrique. Or, le même processus s'observe pour l'olfactif, les nerfs ciliaires, le trijumeau, l'acoustique; on en peut donc conclure qu'au niveau de ces nerfs se trouvaient jadis autant de fentes branchiales. Cette hypothèse trouve un important point d'appui dans ce fait que la fente buccale des poissons résulte de l'abouchement de deux fentes branchiales et que, d'un autre côté, les muscles des yeux appartiennent, au point de vue morphologique, à la catégorie des muscles viscéraux (A. Dohrn). L'appareil de l'adorat n'était, à l'origine, qu'un organe sensoriel branchial (organe sensoriel branchial de Beard), car dans les embryons de poissons, d'amphibies, de mammifères, la muqueuse olfactive se compose encore de renflements nerveux semblables à ceux que l'on rencontre à la peau des poissons et des amphibies aquatiques. Par conséquent, les organes de l'odorat et du goût ce dernier appareil présente également les mêmes renflements nerveux), et probablement aussi l'organe de l'ouïe doivent dériver d'un sens cutané diffus, répandu sur la surface entière du corps des poissons. Mention du travail de H. de Graaf, important pour la morphogénie et la phylogénie de la glande pinéale des verté-

brés. Le sommet de cet organe affecte, chez les reptiles, les allures d'un appareil sensoriel qui, d'après sa structure, ne saurait être comparé qu'à un œil impair; cet œil, jadis, émergeait de la surface du crâne par le trou pariétal qui existe encore chez les sauriens.

M. le professeur Erb (d'Heidelberg). Etat anatomique des muscles dans la forme juvénile de la dystrophie musculaire progressive. (Voy. *Neurolog. Centralbl.*, 1886 [1].)

M. le Dr Laquer (de Francfort). *Communication sur un cas d'hypertrophie musculaire généralisée véritable.*—Il s'agit d'un véritable *homme muscle* de trente et un ans, qui s'exhibe dans les foires à cause du colossal développement de ses muscles, surtout des pectoraux, des deltoïdes, des biceps, des grands dentelés, des muscles du tronc, du cou, de l'épaule. Quand il les contracte, on sent la dureté du bois, mais d'une façon tout uniforme. Nulle part de dégénérescence graisseuse, de pseudo-hypertrophie. Même aspect athlétique des extrémités des membres inférieurs, des mains, des avant-bras, mais moins accentué que celui du tronc et des extrémités supérieures. Aucune anomalie du côté de la face ou de la langue. L'individu est très vigoureux, mais sa force ne correspond pas à l'excessif volume des muscles hypertrophiés; il se fatigue aisément quand il s'exerce trop longtemps ou d'une manière trop active. Intégrité de l'excitabilité électrique; un peu d'hyperexcitabilité mécanique; intégrité des muscles eux-mêmes; pas de trace de maladie de Thomsen; nulle trace de myotonie congénitale. C'est, en un mot, de l'hypertrophie vraie, complètement généralisée.

M. le professeur Fuerstner (d'Heidelberg). *Lésions spinales dans la paralysie progressive.* — Il y a des cas de paralysie générale dans lesquels, des années durant, les premiers phénomènes que l'on constate sont des accidents tabétiques. D'autres, au contraire, sont exclusivement caractérisés par la dégénérescence des faisceaux pyramidaux (dégénérescence primitive, d'après Westphal, Zacher, Schultze). Si, en effet, dans l'immense majorité des cas, les phénomènes spasmodiques apparaissent secondairement, il en est plusieurs dans lesquels ils ouvrent la scène exactement comme les accidents tabétiques : telle est, par exemple, l'exagération des réflexes tendineux si accusés des extrémités; ce n'est alors que plus tard que le diagnostic des accidents cérébraux apparaît indubitable. Dans ces cas-là, il est fréquent d'observer, pendant les derniers stades, des contractures des extrémités (exclusivement sur les fléchisseurs), de la raideur musculaire, une tension très intense et très étendue dans les organes contractiles (F. Zeicher).

[1] Voy. *Revues analytiques.*

L'immense majorité des observations dans lesquelles il y avait dégénérescence limitée aux faisceaux pyramidaux se signala par une évolution assez rapide (deux à trois ans). — Un troisième groupe comprend les faits dans lesquels la lésion atteint avec les faisceaux pyramidaux, les tractus latéraux cérébelleux, en laissant absolument indemnes, les cordons postérieurs. M. Fuerstner en communique deux observations. Evolution très rapide; deux ans au maximum; émaciation extrêmement rapide. — *Quatrième groupe :* les faisceaux pyramidaux sont lésés, mais non dans tous les systèmes de fibres qu'ils renferment. — *Cinquième groupe :* lésions en plaques des faisceaux pyramidaux. — *Sixième groupe :* lésion des tractus latéraux cérébelleux, des faisceaux pyramidaux, des cordons postérieurs. — *Septième groupe :* lésion combinée des faisceaux pyramidaux et des cordons postérieurs, etc. En examinant tous ces divers faits, on arrive à cette constatation que, malgré la lésion des faisceaux pyramidaux, il ne se produit pas de phénomènes spasmodiques si les zones radiculaires des cordons postérieurs des segments de la moelle correspondants sont altérées (Zacher, Westphal). Cette proposition est également vraie pour la dégénérescence secondaire, si l'on s'en rapporte à un fait de Fuerstner dans lequel il existait, depuis longues années, un tabes avec absence de réflexes. Plus tard apparurent des accidents paralytiques du côté droit qui rétrocédèrent quelques mois après; finalement, accidents paralytiques du côté gauche permanents. Mort quelques minutes après le derniers ictus. L'autopsie révéla deux foyers symétriques dans le segment antérieur de la capsule interne; dégénérescence descendante bi-latérale; dégénérescence grise bi-latérale des cordons postérieurs et en particulier des zones radiculaires postérieures jusque dons la moelle cervicale. A aucune période de la maladie il ne s'était produit d'accidents spasmodiques, et notamment d'exagération des réflexes tendineux.

Maintenant est-ce que, étant donné ces diverses lésions spinales, les altérations cérébrales de la paralysie générale sont toujours itentiques à elles-mêmes? Y a-t-il par exemple, dans les cas de tabes avec paralysie générale, cette atrophie des fibres corticales dont parle Tuczek[1] et présente-t-elle alors des particularités spéciales, quand les faisceaux pyramidaux ont concurremment dégénéré? Prenons parallèlement le cas de Zacher[2] caractérisé par des accidents spasmodiques extrêmes, les faisceaux pyramidaux étant demeurés indemnes; les altérations de la paralysie générale portaient-elles sur les mêmes parties du cerveau que

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VI, VII, VIII, X.

[2] Voy. pour tous les faits cités *Revues analytiques antérieures*.

d'ordinaire? Et lorsqu'on est certain que le paralyptique général en question a eu antérieurement la syphilis, les cordons postérieurs sont-ils prédisposés à la dégénérescence grise? En ce qui concerne cette dernière question, depuis plusieurs années Fuertner s'est préoccupé à ce point; son expérience contredirait à l'admission de cette opinion; il a notamment observé quatre cas dans lesquels les anamnestiques révélaient la syphilis; ce furent les faisceaux pyramidaux et non les cordons postérieurs qui furent affectés.

M. le Dr Edinger (de Francfort). *Des conditions d'origine du nerf auditif et du « tractus cérébelleux sensoriel direct »*. — D'après ses recherches personnelles sur de nombreux fœtus humains, des embryons de chats, des encéphales d'adultes : 1° la racine postérieure de l'acoustique émane du noyau acoustique antérieur en connexion lui-même avec l'olive supérieure du côté opposé, par l'intermédiaire d'un puissant tractus qui se dirige dans le corps trapézoïde, avec l'olive supérieure du même côté par l'intermédiaire de quelques fibres, avec le noyau acoustique interne par l'intermédiaire de fibres arcuées qui sont situées au-dessous des stries acoustiques; l'olive supérieure est en connexion avec le cervelet, ainsi qu'avec le noyau de l'oculomoteur externe; 2° la racine antérieure de l'acoustique émane du noyau acoustique interne en connexion lui-même avec l'olive supérieure. L'acoustique reçoit encore le segment interne du pédoncule cérébelleux de Meynert que M. Edinger appelle tractus cérébelleux sensoriel direct. Ce tractus émane de la région des noyaux du toit; il commence par des fibres assez épaisses qui existent en dedans du *corpus dentatum cerebelli*, se sépare nettement de la partie spinale du corps restiforme qui embrasse latéralement le corps dentelé cérébelleux, arrive tout contre la commissure antérieure d'entrecroisement du vermis de Stilling et se divise en deux branches. L'une de ces branches aboutit à l'acoustique; l'autre descend plu bas en avant jusqu'au trijumeau. Une troisième même gagne en arrière les cordons postérieurs; comme on constate dans cette direction que le tractus s'amincit, il est probable qu'il fournit des fibres au glosso-pharyngien et au pneumogastrique : ce faisceau qui n'a rien à voir avec l'auditif est identique à ce que Roller désigne sous le nom de racine ascendante de l'acoustique; il est extrêmement puissant chez les animaux inférieurs, notamment chez les poissons. Sommé toute, le cervelet envoie des fibres directes aux nerfs sensoriels périphériques. Le noyau de Deiters se trouve englobé dans le tractus cérébelleux sensoriel direct; on s'explique comment la résection des cordons postérieurs entraîne la dégénérescence de ce noyau (Monakow, Vejas)[1], puisque la sec-

[1] Voy. *Revues analytiques*.

tion porte en même temps sur la branche postérieure du tractus cérébelleux sensoriel direct.

M. le professeur Thomas (de Fribourg). *Sur un cas de polynévrite.* — Observations d'un homme de trente-deux ans, grand buveur de bière, qui, après avoir présenté de l'embarras gastrique simple (fév. 1881), fut pris, en mai 1881, de douleurs dans les extrémités inférieures avec un peu de fièvre. Hypéresthésie et émaciation des membres inférieurs, légères douleurs du tronc et des extrémités supérieures. En juin, hypéralgésie, amaigrissement prononcé des jambes et du bras droit; un peu de glycosurie. Fin juin et début de juillet, les douleurs décroissent, les membres jusque-là paralysés reprennent leur motilité; intégrité de l'urine. Diagnostic: polynévrite *rhumatismale compliquée de glycosurie.*

M. le docent Rumpf. *Contribution à la pathologie des centres corticaux moteurs.* Homme de trente ans, frappé à la tête d'un coup de fourche à fumier qui l'étend sans connaissance. Pendant longtemps après, paralysie des extrémités droites et de la jambe gauche. Exagération des réflexes cutanés et tendineux; intégrité de la sensibilité dans tous ses modes; intégrité du sens musculaire. Lésion avec enfoncement des deux tiers supérieurs du pariétal gauche et de l'extrémité supérieure du pariétal droit. Trépanation pratiquée par Trendelenburg. Rapide amélioration; quelques semaines plus tard, le malade se sert de son bras droit et marche à l'aide de deux cannes. Démarche spasmodique.

M. le professeur Hack (de Fribourg). *Contribution à la thérapeutique opératoire de la maladie de Basedow.* — Il s'agit d'une femme présentant dès sa plus tendre enfance de l'exophthalmie, un défaut de concordance entre le mouvement de la paupière et l'abaissement du regard, une dilatation de la fente palpébrale; plus tard, hypertrophie modérée de la glande thyroïde, battements de cœur très prononcés. Hypertrophie cardiaque se portant surtout sur la gauche. La malade vient consulter pour des phénomènes d'obstruction existant depuis longtemps dans le nez; on constate une hypertrophie considérable des renflements des cornets moyen et inférieur des deux côtés. Destruction galvano-caustique. Le lendemain du jour où le côté droit a été opéré, le globe oculaire du même côté rentre complètement dans l'orbite; même phénomène pour le côté gauche. Avec la disparition de l'exophthalmie disparaît la fixité du regard, disparaissent les battements de cœur; l'hypertrophie cardiaque diminue ainsi que celle de la glande thyroïde. Cette amélioriation s'était maintenue plusieurs mois après. Conclusion pratique. Examinez le nez d'individus atteints de goître exophthalmique surtout quand ils se plaignent d'accidents du côté de cet organe.

Séance du 23 *mai*. Présidence du professeur BERLIN.

Sur la proposition du professeur JOLLY, la prochaine séance du congrès aura lieu à Strasbourg, à raison de l'intérêt qu'offre la clinique psychiatrique nouvellement installée. Secrétaires pour l'année suivante : professeur Jolly (de Strabourg); Dr Fischer (d'Illenau).

Présentation par M. RIEGER du nouveau galvanomètre à ressort du professeur KOHLRAUSCH; simplicité, bon marché, retour rapide à l'état d'équilibre, telles sont les qualités qui recommandent cet instrument dont on trouvera la description dansson livre (*Grundriss der medicinischen Electricitätslehre*).

Présentation par le Dr EDINGER des *microphotographies et des épreuves photographiques* de la maison Kühl et Cie, de Francfort. Méthode orthrochromatique. Clarté, netteté, même pour des préparations qui, comme celles de la méthode à l'hématoxyline de Weigert, ne sont pas toujours venues avec la précision désirable. Elles supportent l'examen à la loupe; ainsi sur une coupe de moelle faiblement grossie on saisira, sur le dessin, à l'aide de cet instrument, toutes les cellules.

M. le professeur KAST (de Fribourg). *Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie infantile cérébrale.* — On ne connaît cette maladie que depuis vingt ans; les nécropsies, assez rares, sont loin d'expliquer rationnellement les phénomènes cliniques. C'est Bourneville et Kundrat[1] qui ont fourni la plupart des descriptions anatomo-pathologiques. Dans ces dernières années, Struempell[2] a proposé la dénomination de *polioencéphalite* qui correspondrait, d'après lui, au complexus clinique observé. Or Kast a observé les faits suivants :

OBSERVATION I. Enfant de six mois pris soudain pendant la nuit de vomissements et de convulsions du côté droit, nuque indemne. Les convulsions reparaissent pendant plusieurs jours et laissent après elles de l'hémiparésie droite. Quelques mois après, seconde série de convulsions suivies d'hémiplégie gauche. D'autres attaques portèrent surtout sur la moitié droite du corps. Après l'apparition de dix à douze séries, mort à l'âge de quatorze mois. *Autopsie.* Abondance de sérosité sous dure-mérienne. Réduction de volume de tout l'ensemble des circonvolutions et de la substance blanche; absence d'hydropisie ventriculaire. La région motrice paraît principalement étriquée; il en est de même, mais à un moindre degré, des circonvolutions occipitales et frontales. Intégrité du crâne, de la dure-mère, de la pie-mère. Pas d'encéphalite apparente, mais le mi-

[1] Voy. « Revues Analytiques antérieures et Sociétés ».
[2] Id.

croscope décèle une sclérose diffuse des circonvolutions cérébrales portant sur la substance blanche comme sur la substance grise. — OBSERVATION II. Enfant issu d'une mère nerveuse. Il est, en pleine santé, pris de convulsions qui portent sur le côté droit et se renouvellent tous les deux mois. Le second accès laisse après lui une parésie spasmodique de la moitié droite du corps. Mort à l'âge de trois ans. L'*autopsie* révèle une atrophie très accusée d'un hémisphère cérébral sans autre dégénérescence; pas d'encéphalite.

Comme d'autre part une statistique d'un hôpital de Genève donne sur soixante autopsies cinq à six cas seulement de cicatrices encéphaliques, Kast pense qu'il serait prématuré d'adopter l'idée de Struempell et qu'il faut réserver la question anatomo-pathologique. Remarquons d'ailleurs que la paralysie infantile spinale tend, après le premier assaut, à décroître, tandis que la paralysie infantile cérébrale tend à progresser.

M. le Docent ENGESSER (de Fribourg). *Sur un cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué de paralysie spinale.* — Homme de cinquante-sept ans. Le 18 décembre 1886, angine tonsillaire; le 24, fièvre (+ 39° C.), rhumatisme articulaire aigu généralisé jusqu'au 29. Le 31, fièvre (+ 39° 2) et douleurs très violentes au niveau de la cinquième lombaire et du sacrum; puis les douleurs s'étendent à toute la colonne lombaire. Une amélioration très passagère émane de l'emploi du salicylate de soude, puis les douleurs reprennent de plus belle empêchant tout mouvement; angoisse; l'emploi du salicylate de soude et de l'antipyrine fait disparaître les douleurs. On en constate bien encore le long du sciatique et des nerfs cruraux, mais la sensibilité au tact et à la douleur paraît intacte. Le 20 janvier, essai infructueux de marcher malgré l'appui de deux personnes; parésie musculaire, surtout de la jambe droite; épuisement des réflexes patellaires à droite, diminution des mêmes réflexes à gauche, réaction dégénérative sur plusieurs groupes de muscles qui présentent en même temps de l'hyperexcitabilité mécanique. Sous l'influence de l'électrisation galvanique de la colonne vertébrale et des groupes musculaires traités individuellement, amélioration lente mais radicale. Cure à Bade-les-Bains. Aujourd'hui la marche est encore assez pénible; elle cause une certaine angoisse, mais le malade peut marcher à l'aide de deux cannes, sans autre appui, pendant un certain temps, et se tenir debout les yeux fermés.

Conclusion. Les douleurs du début le long de la colonne vertébrale sont imputables à une arthrite lombosacrée; les douleurs ultérieures irradiant dans les extrémités inférieures témoignent d'une méningite lombaire; les phénomènes paralytiques ont été le signal d'une myélite lombaire des cornes grises antérieures; l'absence de troubles de la sensibilité implique l'intégrité de la moelle postérieure. Le processus s'étant limité exclusivement à la

moelle lombaire, l'auteur croit que l'inflammation s'est propagée des articulations vertébrales à la méninge et à la moelle.

M. le Dr Friedmann (de Stephansfeld). *Des altérations histologiques dans les formes traumatiques de l'encéphalite aiguë.* — Résultats d'expériences sur des lapins et des moineaux. L'inflammation varie suivant le mode opératoire. Une *cautérisation* détermine autour du point nécrosé, dans les premiers jours la formation d'une charpente conjonctive constituée par de nombreux éléments fibroplastiques fusiformes et étoilés qui englobent de grosses cellules rondes, la plupart à plusieurs noyaux, cellules contenant graisse et substance blanche nerveuse dans lesquelles, par un traitement approprié, on fait apparaître la scission karyokinétique des noyaux; il n'y a pas ou presque pas de cellules de pus. L'irritation septique est caractérisée par la production précoce de nombreux extravasats de cellules rondes issues des vaisseaux voisins; ces cellules préformées prolifèrent dans le tissu même à la façon des protoplasmas et non des fibres; il ne se produit pas d'abcès : la substance conjonctive se détruit et forme avec le pus des amas cellulaires pleins de micrococcus (méthode de recherche de Gram). Si, au pourtour du foyer purulent, le tissu conjonctif se met à se transformer en fibres-cellules, il se produit une membrane. *Une irritation purement mécanique* parfaitement aseptique détermine aussi une nécrose centrale ; puis, se montre une zone de dégénérescence avec amas granuleux assez abondants ; enfin, une zone irritative moins intense et se limitant essentiellement au tissu conjonctif et aux parois vasculaires, de sorte que dans les premières semaines, il ne se forme pas de réseau conjonctif continu. Donc le premier stade de l'encéphalite aiguë ou ramollissement rouge présente des différences selon qu'il se produit de la suppuration ou une véritable organisation primitive. Les stades plus avancés de l'inflammation par cautérisation (quatrième à huitième semaine) se traduisent par une tendance à l'épaississement conjonctif (nombreuses fibres-cellules accolées les unes aux autres en étoiles ou en fuseaux avec cellules ordinaires disséminées entre les premières. Toute irritation intense (cautérisation ou inflammation septique) détermine de but en blanc, et dans le tissu conjonctif, et dans le parenchyme nerveux, des altérations intenses également, tandis qu'une excitation faible porte seulement sur la névroglie. Cependant, dans la substance blanche de la moelle, le premier résultat peut être, même par une lésion mécanique, une tuméfaction étendue de cylindraxes. Si l'on envisage le point de vue *histogénique*, on ne perçoit l'existence d'un processus progressif qu'à partir du milieu du second jour; il se traduit d'abord par l'intrication de fins trabécules formés par des noyaux, puis par une rapide tuméfaction des cellules mêmes du tissu conjonctif, et en même temps par la formation des cellules granuleuses. Les

través de tissu conjonctif néoformé dérivent dans l'inflammation due à la cautéri sation, principalement de la prolifération des cellules de la névroglie dont une grande part serait manifestement en rapport avec les parois des vaisseaux prolifé-rantes. Ainsi, dans la substance grise, dès le second jour, sur le bord de la cavité qui renferme des granulations, on voit s'établir une sorte de demi-lune constituée par le gonflement et la saillie des cellules endothéliales qui bientôt prolifèrent pour donner naissance à des cellules du tissu conjonctif. Les cellules à plusieurs noyaux englobées dans le réseau conjonctif, remplies de graisse et de substance blanche nerveuse, émanent, au moins pour un certain nombre, des granulations qui subissent la scission karyokinétique. Quand doit survenir la suppuration, on voit se gonfler les granulations, qui n'ont pas dès le premier jour subi la destruction molécule à molécule; les cellules marginales de la demi-lune que nous avons mentionnée plus haut, s'hypertrophient et s'anastomosent entre elles. Mais il est impossible de démontrer que des cellules de pus émanent de cette prolifération. La prolifération vasculaire paraît se produire par l'abouchement et la canalisation des cellules-araignées et des cellules fusiformes du tissu conjonctif. La pie-mère et l'épendyme qui avoisine le foyer inflammatoire participe vivement à toutes les proliférations. Les cellules nerveuses subissent en même temps la régression : recoquillement, sclérose avec perte du noyau, tuméfaction homogène, finalement déchéance granuleuse, formation de cellules granuleuses. Les cylindraxes ne paraissent pas subir d'hyperplasie. On constate simplement une tuméfaction homogène, puis ils se fendent d'abord en gros grains, puis en morceaux; mais ils ne subissent ni la prolifération nucléaire, ni la prolifération cellulaire. Les manchons de myéline augmentent de volume, se cassent très vite et disparaissent en donnant naissance à la formation de cellules granuleuses.

M. le professeur Schultze (d'Heidelberg). *Présentation de préparations de sclérose multiloculair* : traitée par la méthode de Freud au chlorure d'or. On y voit, grâce à l'élection double, un grand nombre de cylindraxes dénuées dans la région scléreuse. Ce qui prouve bien que le cylindraxe ne prend pas la même coloration que la substance blanche ni que la névroglie. Présentation de *préparations de ganglions spinaux* de chat et de chien et de coupes de *moelles de chiens,* afin de montrer que les cellules nerveuses normales présentent dans les ganglions et la moelle des réactions colorées différentes même à l'état normal. — Courte observation de *tubercule dans la moelle épinière et le bulbe* chez un homme de quarante-huit ans. Paralysie progressive de la motilité et de la sensibilité dans les extrémités inférieures. Le tubercule siégeait dans la partie la plus supérieure du renflement lombaire dont il occu-

pait, à droite, la plus grande partie de la section transverse de l'organe. La compression qu'il exerçait sur l'autre moitié de la moelle avait déterminé une dégénérescence ascendante secondaire des cordons postérieurs. On trouva encore un tubercule du volume d'un noyau de cerise dans le corps restiforme d'un côté; celui-ci paraît n'avoir déterminé aucun accident pendant la vie.

M. le professeur SCHOTTELIUS (de Fribourg). *Des vaccinations préservatrices de Pasteur.* — Exposé doctrinaire qui résulte d'un voyage fait par l'orateur à Paris, pour étudier la méthode et les recherches du savant français. On ne peut, conclut-il, en considérant les principes théoriques et les preuves pratiques alléguées par le maître, blâmer Pasteur de s'être adressé à des maladies infectieuses quelconques, de les avoir manipulées pour les faire servir de vaccins préservateurs. Mais, pour le moment, on ne saurait encore décider si les vaccinations antirabiques auront un résultat utile, pas plus qu'on n'est en droit de les critiquer. Quoi qu'il en soit, pour nous Allemands, le succès de ces vaccinations n'a pas d'application utile, car chez nous, nos mesures sanitaires préventives sont telles que la rage du chien a, somme toute, été exterminée; il en est tout autrement en France où la rage joue le rôle de notre trichinose qui, inversement, n'existe pas en France.

M. le Docent TUCZEK (de Marbourg). *Nouvelles communications sur les troubles nerveux permanents consécutifs à l'ergotisme.* — Il s'agit toujours des faits d'ergotisme spasmodique épidémique de Frankenberg (1879-1880) (*Archiv. f. Psych.* XI, VIII)[1], caractérisés par des troubles intellectuels, des convulsions épileptiformes, la lésion des cordons postérieurs (quatre autopsies déjà communiquées). Sur les vingt-cinq malades restants, cinq autres ont succombé; il y a eu de nombreuses récidives; deux présentent encore des convulsions épileptiformes, douze sont atteints de lacunes plus ou moins profondes de l'intelligence, quatre sont en proie à des paresthésies, neuf à de la céphalalgie. Chez deux seulement le phénomène du genou a reparu des deux côtés; chez un, d'un côté; chez les autres, il manque encore. En aucun cas l'on n'a eu à constater de progression ni dans la démence ni dans la lésion des cordons postérieurs (analogie avec des lésions semblables produites par d'autres poisons). Une des quatre moelles décèle (préparations à l'appui), une atrophie presque complète des réseaux de fibres nerveuses dans les colonnes de Clarke.

M. le professeur BERLIN (de Stuttgart). *Nouvelles observations de dyslexie avec autopsie.* — Le terme de dyslexie désigne un accident intermédiaire à l'alexie et à la paralexie. L'auteur a fait, il y a

[1] Voy. *Analyses des Archives de Neurologie.* Volumes antérieurs.

trois ans, une communication[1] qui portait sur cinq malades; trois étaient déjà morts. Aujourd'hui il a une somme de six cas à sa disposition; les six malades ont succombé, dont cinq à l'affection qui avait débuté par de la dyslexie constituant un des symptômes du début ou le symptôme vraiment initial, et l'autre à un érysipèle. La dyslexie consiste dans l'impossibilité de lire, quel que soit le caractère imprimé, plus de trois, quatre, cinq mots l'un après l'autre. Ces quelques mots sont lus correctement sans paraphasie, puis le malade se trouve incapable de continuer; après une pause de quelques secondes, il reprend, lit de nouveau trois, quatre, cinq mots et s'arrête encore. De cette fraction d'efforts il ne peut former un tout satisfaisant, qu'il lise à haute voix ou des yeux. Intégrité complète de la parole qu'il comprend, qu'il émet spontanément, qu'il peut répéter. Intégrité de la vision, ou troubles de la vue n'ayant rien à voir avec cet accident. Soudaineté d'ailleurs de la dyslexie survenue chez des hommes jusque-là bien portants, ce qui permet de la rattacher à une maladie du cerveau, d'autant plus que, soit de concert avec elle, soit plus tard, on constate des vertiges, de la céphalalgie, des obnubilations passagères du sensorium, de l'hémianopsie, de l'aphasie, des convulsions occupant la moitié droite de la face, une sensation annulaire au petit doigt du côté droit, de la paralysie des extrémités droites, dans un cas même, des extrémités gauches, de la perte de connaissance, des convulsions généralisées, etc... La dyslexie occuperait, d'après M. Berlin, la même situation dans le centre nosologique que la cécité verbale isolée. D'après le schéma de Lichtheim[2], cette dernière émanerait d'une interruption entre le cadre des images écrites et le centre des images phonétiques, les centres eux-mêmes et toutes les autres voies de transmission ayant conservé leur intégrité. La dyslexie ne devrait donc pas être rattachée aux aphasies proprement dites; elle représente une aphasie dans un sens plus large, un trouble de la faculté *signatrix* de Kant. Ce qui la différencie de la cécité verbale proprement dite, c'est que, dans la dyslexie le malade reconnaît encore les mots, mais il n'en peut reconnaître beaucoup; ce serait donc une cécité verbale incomplète et isolée. Il est probable en outre que dans la dyslexie tous les tractus propres à la faculté d'écrire sont intacts (écriture spontanée, écriture sous la dictée, écriture d'après un modèle); si M. Berlin n'a pas examiné à ce point de vue ses malades, c'est que ses observations sont antérieures au schéma de Lichtheim. D'ailleurs, il supposait qu'il serait difficile, en l'espèce, de savoir si la difficulté d'écrire, qui eût pu se manifester, tenait à la dyslexie, ou avait son autonomie

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 375.
[2] Voy. *Archives de Neurologie*, t. IX, p. 92.

propre (dysgraphie pure). En tous cas la dyslexie est un symptôme de lésion en foyer; sa lésion doit résider dans l'hémisphère gauche, si l'on s'en rapporte à l'observation quasi simultanée d'accidents paralytiques, convulsifs, sensoriels et sensitifs du côté droit, ainsi qu'à quatre des nécropsies qu'a vues M. Berlin. Sur les deux observations qui lui sont personnelles il a vu, en un cas, absence absolue de toute altération manifeste de la substance cérébrale, mais en revanche, l'artère sylvienne gauche et celle-là seule, était athéromateuse jusque dans ses plus fins rameaux. Dans l'autre cas, existait un ramollissement étendu de la substance grise de la pariétale inférieure gauche, ramollissement englobant précisément la zone sur laquelle, il y a trois ans il appelait l'attention à propos de l'autopsie après dyslexie dont on se souvient[1]. Mais, comme il existe aussi quelques cas de cécité verbale isolée avec lésion de la pariétale inférieure, lésion siégeant seulement un peu plus en arrière, ce siège engage précisément à une grande réserve, surtout quand on a trouvé, comme dans l'espèce, d'autres lésions de l'écorce, en matière de localisation, de généralisation; on hésite alors à dire que l'altération envisagée au lieu indiqué est fatalement la lésion de la dyslexie. Il convient donc simplement d'appeler l'attention sur le fait en question, et de faire remarquer que, dans cette forme d'aphasie, c'est sans exception la moitié gauche du cerveau qui se trouve lésée. Quoi qu'il en soit au surplus de l'inconstance ou de la constance, de la contradiction même des lésions et de leur localisation clinique dans le présent ou dans l'avenir, les observations cliniques actuelles relatives à la dyslexie conduisent incontestablement à ceci. Cet accident, en apparence si insignifiant, si facile à confondre, si on ne l'analyse pas à fond, avec un trouble simple de la vue, qui, dans tous les cas observés, est passager, car il ne dure généralement pas plus de quatre semaines environ, est tout simplement un symptôme de lésion en foyer du cerveau et comporte sans exception un pronostic mortel; dans tous les cas, cette lésion a pris sa source, quel qu'en ait été le mode d'évolution ultérieur, dans les artères cérébrales.

M. le Dr von Hoffmann (de Bade). *Sur un cas de méningite avec suppuration dans l'espace intravaginal du nerf optique.* — Homme atteint, la septième semaine de son mariage récent, d'abord d'éruption furonculeuse à la nuque; le 12 juin 1886, violentes céphalalgies, notamment au-dessus de l'œil gauche, insensibilité morale et intellectuelle, réflexion pénible, ralentissement du pouls et de la respiration. Température normale. Ne peut supporter sur la tête la glace qui augmente ses douleurs. Malgré les purgatifs administrés, l'état demeure le même jusqu'au

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, VIII, p. 375, et IX, p. 92.

15 juin. A ce moment complète cécité de l'œil gauche, pouls : 44. 21 juin, légère exophtalmie et fièvre (38°,7), réponses lentes et embarrassées. L'œil gauche présente, outre une exophtalmie réductible, de la blépharoptose, une immobilité absolue du globe, de la mydriase; les milieux sont transparents, la pupille est extrêmement gonflée. Le 31 l'œil est déplacé en bas et en dedans, et n'est plus réductible. Le 1er juillet, on va à la recherche du pus sans résultat dans l'orbite; il occupe par conséquent le trajet du nerf optique; on va déchirer la gaîne dont il sourd de l'espace ampullaire dilaté : un drain est placé. On favorise par la position de la tête l'écoulement d'une sécrétion d'abord purulente, puis aqueuse; les choses durent ainsi quatorze jours, la plaie se ferme ensuite rapidement. Le 20 juillet, retour à la maison : allure anxieuse, parole encore lente et embarrassée, disparition de la fièvre; cœur et appétit normaux. Après avoir fait un trajet de trois heures et demie pour arriver chez lui, il ressent, à son arrivée, des douleurs dans le côté gauche. Huit jours plus tard, au-dessous des fausses côtes, dans la région dorsale, du même côté, apparaît un abcès froid. On l'évacue artificiellement le 10 août; un demi-litre de pus de bonne nature; le doigt atteint une cavité sise dans la région de la rate (infarctus splénique assez probable); irrigation; guérison le 23 août. Guérison complète, mais cécité de l'œil gauche par atrophie blanche de la papille. Diagnostic : éruption de furoncles ayant déterminé une méningite suppurée qui a fusé dans l'espace intravaginal du nerf optique, ainsi qu'un abcès de la rate.

M. le Dr Hecker (de Johannesberg). *Des conditions d'admission dans les maisons de santé dites ouvertes pour maladies nerveuses.* — Le nombre des maisons de santé ouvertes, correspondant à un réel besoin, a augmenté considérablement pendant ces dernières années. Sans doute c'est un abus et une chose regrettable que de voir la plupart des directeurs de ces établissements déclarer qu'ils peuvent recevoir les hystériques, les hypochondriaques, les anxieux, les individus atteints d'obsessions, tandis qu'à côté de cela ils disent que les troubles psychiques sont exclus de leurs établissements. Cette contradiction tient à ce que les prospectus s'adressent à des profanes qui ne considèrent pas comme aliénés les malades dont nous parlons. D'un autre côté, il est incontestable que tels de ces malades conviennent plutôt à un établissement fermé, tels autres à un établissement ouvert. Il importerait par conséquent de trouver une clef pratique propre à rendre compte de l'opportunité de placer chaque malade en tel ou tel établissement. Voici ce que M. Hecker a trouvé :

Peuvent seuls être placés dans une maison de santé ouverte : 1° ceux qui ont pleine conscience de leur maladie, plein discernement de leur

état morbide; 2° ceux qui viennent d'eux-mêmes se faire traiter par un médecin; 3° ceux qui, maîtres de leurs actes, sont capables de donner suite aux prescriptions médicales; 4° ceux qui n'ont besoin d'aucune surveillance spéciale; 5° ceux enfin qui ne frappent pas leur entourage par leurs anomalies intellectuelles et qui, par suite, ne sont aucunement à charge à personne.

M. Hecker ajoute que, depuis qu'il a vulgarisé ces conditions, il n'a pas vu commettre d'erreurs. Il faut seulement que le patient remplisse l'ensemble de ces cinq desiderata, une seule des conditions prescrites ne suffisant pas. Comme, en outre, l'admission des patients qui répondent aux cinq exigences en question ne présente pas un caractère d'urgence, la chose peut aisément se traiter par correspondance. Et l'on ne serait craindre de dépeupler nos maisons de santé en en éliminant tous ceux qui ne rentrent pas dans la catégorie envisagée; des milliers de malades y répondent qui cependant doivent subir un traitement psychologique. C'est ce que prouve d'ailleurs la fréquence des maisons de santé ouvertes, se soumettant rigoureusement aux prescriptions sus-énoncées. Comme les malades en question doivent être reçus dans des maisons de santé ouvertes, il faut que les directeurs soient des aliénistes; seuls du reste ils sont en état d'opérer la sélection voulue, d'assurer toutes les installations de rigueur, d'empêcher que l'établissement ne soit transformé en un asile d'aliénés déguisé et mal outillé, de voir si, dans le cours de la maladie, l'une des cinq conditions précédentes ne se trouve plus remplie.

M. le Dr A. Frey (de Bade). *De l'influence des bains d'étuve dans le traitement mercuriel de la syphilis.* Nouvelles études sphygmographiques d'après lesquelles la pression et la tension artérielle décroît dans le bain, la fréquence du pouls augmentant. Sous l'influence des affusions froides, le pouls revient rapidement à la fréquence normale, tandis que la pression et la tension vasculaire montant considérablement dépassent de beaucoup les conditions normales. Le bain d'étuve dans le traitement mercuriel de la syphylis : 1° excite l'appétit et accélère les échanges nutritifs; 2° sert à assurer le diagnostic dans les cas douteux; 3° accélère l'excrétion du mercure devenu sans effet pour la neutralisation des bacilles syphilitiques. Quand, par exemple, il s'agit de savoir si la syphilis est guérie ou demeure latente, la sudation en mobilisant les germes latents provoquera une nouvelle éruption. Veut-on se rendre compte de la nature syphilitique ou mercurielle d'une éruption donné, la sudation augmentera l'intensité de la première, ameliorera la seconde. La sudation en décomposant les matières albuminoïdes libère le mercure intimement uni à ces dernières. Le meilleur mode de traitement hydrargyrique, c'est la friction à l'onguent, ou, en cas d'urgence, les injections sous-cu-

tanées de sublime et de chlorure de sodium. En administrant le médicament, on prescrit les bains d'étuve à intervalles réguliers suivant le degré de la maladie et la résistance du malade. (*Arch. f. Psych. u. Nerv.* XVIII, 1.) P. KERAVAL.

SÉNAT

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS

Suite de la séance du jeudi 2 décembre 1886[1].

M. PARIS. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Paris.

M. PARIS. Messieurs, j'approuve l'amendement présenté par l'honorable M. Bardoux et accepté par la commission ; mais en même temps je propose d'y apporter une très légère modification concernant le paragraphe 2. Il serait, à mon avis, rédigé ainsi : « Un administrateur nommé par le ministre de l'intérieur sur la liste dressée par le tribunal civil », je supprimerais, par conséquent, ces mots: « des anciens notaires ou avoués ». A cette suppression, je trouve deux avantages : le premier, c'est qu'on évite d'imposer ainsi à la présentation du tribunal et, par suite, au choix de M. le ministre de l'intérieur, une trop grande restriction. Il pourra se rencontrer des circonstances dans lesquelles, pour un arrondissement, le nombre des anciens notaires ou des anciens avoués acceptant ces fonctions sera tellement limité que ce sera pour ainsi dire la carte forcée.

M. DEMOLE, *garde des sceaux, ministre de la justice*. Vous avez absolument raison!

M. PARIS. Et, d'un autre côté, si le tribunal est obligé de porter sur sa liste tous les anciens notaires ou tous les anciens avoués, on risquerait quelquefois d'appeler le choix du ministre de l'intérieur sur des personnes qui pourraient n'être pas absolument dignes de sa confiance. Laissons, par conséquent, au tribunal le

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*. XIII, p. 135, 258, 439 et t. XIV, p. 135, 307, 421.

soin de dresser sa liste de présentation ; il la composera de toutes les personnes qu'il jugera, par leur connaissance des affaires, mériter la confiance du ministre de l'intérieur. En première ligne, il y placera les anciens notaires et les anciens avoués, s'il en existe, qui méritent cette confiance, et, à côté, il pourra faire figurer d'autres personnes de manière à présenter au choix une plus grande quantité de sujets. Cette proposition, vous le voyez, messieurs, respecte complètement la pensée qui a inspiré l'amendement de M. Bardoux, et, à mon avis, elle l'améliore. (Approbation sur un grand nombre de bancs.)

M. Bardoux. J'adhère aux observations qui viennent d'être présentées par l'honorable M. Paris.

M. le Rapporteur. La commission s'y associe également.

M. le Président. Personne ne demande plus la parole?... Nous nous trouvons toujours en présence de l'amendement de M. Combes, qui, quoique s'en référant à l'avis actuel de la commission, maintient ces mots « et après un concours public ».

M. Bardoux. Monsieur le président, vous savez que je me suis expliqué sur ce point à l'article 6.

M. le Président. Monsieur Combes, vous n'insistez pas, alors?

M. Combes. Non, monsieur le président.

M. le Président. Je donne une nouvelle lecture de la rédaction de l'article 11 proposée par M. Bardoux et acceptée par la commission : « Art. 11. — Dans chaque département, un docteur en médecine, nommé par le ministre de l'intérieur, sur une liste de présentation dressée par le conseil supérieur des aliénés, conformément à l'article 6, surveillera dans sa circonscription, sous l'autorité du préfet, l'exécution de la présente loi et des règlements relatifs aux aliénés, assurera la protection de leurs personnes, contrôlera leur placement et leur maintien dans les asiles publics et privés, surveillera leur séjour, veillera à leur sortie... »

Je m'arrête ici, puisque la commission se réserve de discuter la disposition qui suivait, à propos des articles 20 et 21, et je passe au deuxième paragraphe : « Un ou plusieurs administrateurs nommés par le ministre de l'intérieur sur la liste dressée par le tribunal civil, seront chargés des fonctions d'administrateur provisoire vis-à-vis des personnes non interdites placées dans les établissements publics ou privés d'aliénés. » Je consulte le Sénat sur cette nouvelle rédaction de l'article 11. (L'article 11 nouveau, mis aux voix, est adopté.)

M. le Président. Il est bien entendu que l'article 11 est adopté sauf la partie réservée pour la discussion des articles 20 et 21. Nous arrivons, messieurs, à l'article 12. Il y a sur cet article un amendement de M. Bardoux ; il est conçu en ces termes : « Les

honoraires de ces deux fonctionnaires seront réglés ainsi qu'il sera dit à l'article 48. L'administrateur fera partie de droit de la commission administrative de surveillance. Un règlement d'administration publique déterminera au surplus leurs fonctions. » La parole est à M. Bardoux.

M. Bardoux. Messieurs, quelques courtes explications vous feront comprendre la portée du second amendement que j'ai rédigé sur l'article 12, et qui est également accepté par la commission et par le Gouvernement. Cet amendement pose un principe : c'est que les deux fonctionnaires ou les deux agents créés par l'article 11 ne rempliront pas des fonctions gratuites. Messieurs, l'expérience apprend, et tout spécialement quand on examine les enquêtes faites sur la loi de 1838, que tout service exigeant un travail assidu, régulier, ne s'exécute bien que lorsqu'il comporte une rémunération ou des honoraires.

M. de Gavardie. C'est une erreur !

M. Bardoux. Je vous demande pardon, monsieur de Gavardie ; je vous prie de vouloir bien vous en référer aux enquêtes, aux déclarations faites devant la Société de législation comparée par M. Vaney, ancien substitut à Paris, lequel disait qu'à Paris même, le magistrat inspecteur ne possédait aucun renseignement sur la situation des malades. Il est impossible d'obtenir de l'administrateur qui a été nommé conformément à la loi de 1838, qu'il s'occupe avec continuité, avec assiduité, avec vigilance, des intérêts si nombreux qui lui sont confiés. Qu'arrive-t-il alors ? — C'est qu'on est obligé de laisser un des bureaux de la préfecture du département de la Seine s'occuper seul de ces fonctions-là. Je lis dans un document sérieux ces observations aussi vraies que profondes :

« Les biens des aliénés ne sont pas suffisamment protégés. La question de l'administration des biens des aliénés a été trop négligée jusqu'à présent. La plupart des auteurs qui ont écrit sur la législation des aliénés, admettent sans examen que leur fortune est suffisamment garantie. C'est une erreur qu'il faut attaquer et détruire. »

Lorsqu'il s'agit plus spécialement des départements, et que l'asile n'est pas établi au chef-lieu, qu'il est situé à une extrémité d'un arrondissement, il est très difficile d'obtenir de ce conseil de surveillance administrative de se transporter dans l'asile ; il est très difficile d'obtenir même que l'administrateur provisoire s'en occupe, et la même enquête nous dit que, dans la plupart des départements, l'administrateur provisoire des biens des aliénés n'intervient que quand il y est sollicité soit par le préfet, soit par les notaires, soit par le ministère public.

Le préfet ne réclame l'intervention de l'administrateur provi-

soire que si l'aliéné interné possède des ressources suffisantes pour qu'il paraisse légitime de lui imposer une quote-part dans le payement des frais d'entretien ; le ministère public et les notaires ne s'adressent à lui que dans les cas où son intervention est absolument nécessaire pour régler judiciairement des questions intéressant les aliénés internés. Il y a tant d'autres cas intéressants ! On ne peut pas exiger de personnes qui font un travail gratuit, si honorables, si dévouées qu'elles soient, ce qu'on peut exiger de quelqu'un qu'on rémunère. J'ai la plus haute estime pour la plupart des hommes qui font partie, soit des commissions administratives des hospices, soit des commissions administratives des asiles d'aliénés ; mais quand on est en présence des faits, messieurs, on est bien obligé d'avancer que même le dévouement et la charité sont impuissants à remplir utilement certaines fonctions. Il faut avoir recours absolument à un agent qui soit responsable, qui ne fasse que cela, qui soit assidu à sa tâche.

Voilà pourquoi vous êtes obligés d'avoir un administrateur provisoire nommé par le ministre et recevant une rémunération. Comment le rémunérerez-vous? Ce n'est pas à propos de l'article 12 que nous devons examiner la question de savoir comment on rémunérera l'administrateur provisoire, et aussi le médecin inspecteur. Il y a un article spécial qui crée un fonds commun d'une part, et qui, d'autre part, dispose qu'une taxe sera prélevée proportionnellement à la fortune des aliénés et sur les directeurs des asiles privés. Lorsque l'article 48 viendra en discussion, messieurs, vous examinerez si, oui ou non, ces dispositions doivent être retenues ; mais le principe doit être inscrit à l'article 12 ; car vous ne pouvez pas exiger des deux fonctionnaires que vous venez de créer qu'ils remplissent leurs fonctions gratuitement, et, d'autre part, vous ne pouvez pas, dans la situation actuelle de nos finances, dire, dès à présent, que ce sera l'Etat qui payera directement ces deux agents.

Messieurs, je désire m'expliquer également sur une observation qui a été présentée par mon honorable collègue M. Boulanger. M. Boulanger désirerait voir déterminer d'une façon positive, dans l'article 12, les fonctions de l'administrateur provisoire...

M. Ernest Boulanger. Pardon, monsieur Bardoux ; je désire que nous réservions la question pour la discuter au moment où l'article 54 sera soumis au Sénat.

M. Bardoux. Si vous voulez la réserver, réservons-la, mais je peux vous donner satisfaction dès à présent. Dans la section 5 du projet, on a défini article par article ce que j'appellerai les fonctions judiciaires de l'administrateur provisoire. Mais, en dehors de ces fonctions judiciaires, il y a beaucoup d'autres points sur lesquels l'intervention de l'administrateur provisoire est nécessaire ;

si on ne les détermine pas dans la loi, on pourra croire qu'il ne pourra pas remplir ces fonctions-là. Il est donc nécessaire de s'en référer au règlement d'administration publique dont la nécessité a été reconnue dans l'article 9. Voilà ma réponse à l'observation.

Enfin, messieurs, comme nous laissons subsister les conseils de surveillance de la loi de 1838, nous décidons que l'administrateur provisoire en fera partie de droit ; il en sera, en réalité, la cheville ouvrière. C'est là, je crois, une innovation extrêmement utile, et je suis convaincu que le Sénat acceptera l'article 12 comme il a déjà accepté l'article 11. (Très bien ! sur divers bancs.)

M. Lacombe. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. Lacombe.

M. Lacombe. Messieurs, en adoptant l'article 11, le Sénat a voté un double principe : il a décidé d'abord que, dans chaque département, il y aurait un médecin inspecteur, chargé de fonctions extrêmement nombreuses et qui lui prendraient beaucoup de temps, mais sur lesquelles nous ne nous sommes pas expliqués parce que c'est à un article postérieur que se réfèrent, pour la plupart, les dispositions de la loi nouvelle au sujet de la mission confiée à ce médecin.

M. le Rapporteur. Cet article est supprimé, c'était l'article 12. Les fonctions du médecin inspecteur seront déterminées par un règlement d'administration publique,

M. Lacombe. Je ne fais pas de difficulté sur ce point; mais, en outre du médecin inspecteur, l'article 11 a prévu qu'un ou plusieurs administrateurs nommés par le ministre de l'intérieur, sur une liste dressée par le tribunal civil, seraient chargés des fonctions d'administrateur provisoire à l'égard des personnes non interdites placées dans les établissements publics ou privés. Voilà le second principe qui a été voté par le Sénat. Le Sénat ne s'est pas occupé jusqu'à présent de savoir quelles seraient les fonctions de l'administrateur provisoire, dont la nomination est ainsi prévue par l'article 11, et nous ne savons pas encore quelle sera au juste sa mission...

M. Oscar de Vallée. Et sa responsabilité !

M. Lacombe... ni, par conséquent, sa responsabilité.

Dans cette situation, il me semble téméraire de voter l'article 12, même dans ses premiers paragraphes ; nous ne pouvons le faire en connaissance de cause qu'après avoir préalablement réglé ce que sera le mandat confié à cet administrateur. (Assentiment.) Notre honorable collègue, M. Boulanger, a demandé que le troisième paragraphe de l'article 12 fût réservé. Je demande, à mon tour, qu'on réserve également le premier, en tant du moins qu'il s'applique à l'administrateur provisoire.

Quant aux observations qui vous étaient présentées tout à l'heure par l'honorable M. Bardoux, je les connaissais, et je comptais me les approprier ; mais, je dois le dire, je compte tirer de ces observations, sur lesquelles j'aurai l'honneur de revenir plus tard devant le Sénat, une conclusion qui n'est pas la même que celle à laquelle est arrivé notre honorable collègue. L'honorable M. Bardoux nous disait : Jusqu'à présent, l'administrateur provisoire, tel qu'il existe en vertu de la loi de 1838, n'était pas dans une situation où il pût réellement s'acquitter de son mandat.

On était obligé de supplér à son insuffisance dans une certaine mesure ; par exemple, à Paris, c'est un bureau spécial de la préfecture qui remplit le mandat confié par la loi aux administrateurs provisoires. On ne les voit en réalité intervenir que lorsqu'un pressant besoin s'en fait sentir et lorsque leur intervention est obligatoire, et sur la réquisition de la famille ou des intéressés. Je crois en effet que telle est la véritable situation, dans les départements aussi bien qu'à Paris. Mais faut-il conclure de là qu'il soit nécessaire de créer un fonctionnaire nouveau, avec le mandat prévu par la commission dans les articles 54 et suivants du projet de loi ? C'est une tout autre question et qui, pour le moment, me paraît devoir être réservée. Ce n'est pas à l'occasion de l'article 12 que nous pouvons discuter les dispositions projetées par les articles 54 et suivants. (Approbation.)

J'ajoute que le premier paragraphe de l'article 13 qualifie de fonctionnaire l'administrateur provisoire. Eh bien, ce sera encore peut-être une question à débattre que celle de savoir si l'administrateur provisoire sera désormais un fonctionnaire (Très bien ! très bien ! à droite), ou s'il ne restera pas ce qu'il a été jusqu'à présent, une personne privée recevant, soit comme conséquence de sa qualité de membre de la commission administrative de surveillance, soit parfois par suite d'une désignation faite par le tribunal civil, un mandat spécial, non rétribué jusqu'à ce jour, mais qui pourrait l'être sans que celui qui est appelé à l'exercer doive être rangé parmi les fonctionnaires publics. Ce caractère n'est pas en effet attaché à la dévolution d'un mandat en tout analogue, par exemple, à la curatelle ou à la tutelle soit de mineurs soit d'interdits. (Nouvelle approbation sur les mêmes bancs.) De ce que la désignation des administrateurs provisoires sera faite par le ministre de l'intérieur, sur la liste qui en sera préalablement dressée par le tribunal civil, il ne résulte pas nécessairement qu'ils exercent une fonction publique. C'est ainsi que les tribunaux dressent des listes d'experts auxquels est confié le mandat de faire les constatations nécessaires sans que pour cela ces experts deviennent des fonctionnaires publics. (Très bien ! très bien ! à droite.) Le deuxième paragraphe de l'article 12 me paraît, de son côté, prêter matière à une discussion assez sérieuse. Mais

je préfère me contenter de poser une question, pour savoir quelle est l'appréciation, soit de l'auteur de l'amendement, l'honorable M. Bardoux, soit de la commission elle-même. Voici comment est conçu le deuxième paragraphe de l'amendement : « L'administrateur fera partie de droit de la commission administrative de surveillance. »

C'était très bien, avec l'ancienne rédaction de l'article 11. Il y avait, en effet, un administrateur nommé par le ministre dans chaque département, sur la liste dressée par le tribunal civil. Mais, maintenant que vous avez admis que, à raison de la multiplicité de leurs occupations, il y aurait, dans nombre de départements, plusieurs administrateurs provisoires désignés suivant que le besoin s'en ferait sentir, je demanderai si, dans l'intention de l'auteur de l'amendement ou dans celle de la commission, tous les administrateurs provisoires qui seront désignés dans un département, en nombre illimité, par le ministre, devront faire partie de la commission administrative, ou bien, si ce sera seulement lorsque la commission aura à s'occuper des intérêts de tel aliéné, qu'on devra convoquer à la réunion de la commission l'administrateur chargé de veiller aux biens de cet aliéné ?

M. Bardoux. C'est bien entendu, et il n'en peut pas être autrement. Dans la plupart des départements, il n'y a qu'un administrateur provisoire ; si, dans le département de la Seine, où il y a plus de 3,000 aliénés placés dans les asiles publics ou privés, on nommait 25 ou 30 administrateurs provisoires, vous devez bien comprendre que ces administrateurs provisoires ne peuvent prendre part aux délibérations de la commission qu'autant que ces délibérations portent sur les intérêts spécialement confiés à chacun d'eux.

M. Lacombe. Je l'admets volontiers, mais vous admettrez bien aussi qu'il est nécessaire d'apporter une modification au texte du second paragraphe de l'article 12, tel qu'il est actuellement proposé au Sénat. Qu'on le modifie dans le sens que vient d'indiquer l'honorable M. Bardoux, c'était en réalité le but de mon observation, et, par là, j'aurai reçu satisfaction. Pour le troisième paragraphe, l'honorable M. Bardoux et la commission acceptent qu'il soit réservé. En résumé, il y aurait alors à réserver les paragraphes 1 et 3, et à modifier le paragraphe 2 suivant l'interprétation que vient d'en donner M. Bardoux. (Très bien ! à droite.)

M. Bardoux. Je ne fais pas d'opposition au renvoi des paragraphes 1 et 3 ; quant au paragraphe 2, je pense que les explications que nous venons d'échanger sont suffisantes ; la modification réclamée par M. Lacombe pourra être apportée au texte de ce paragraphe dans l'intervalle des deux délibérations.

M. le Président. Vous paraissez être d'accord, messieurs, sauf

une modification ultérieure de rédaction. Mais si l'on veut réserver deux paragraphes sur trois, il vaut mieux, ce me semble, réserver l'article tout entier. (Assentiment.) Il n'y a pas d'opposition ?... L'article 12 est réservé. Je donne lecture de l'article 13 :

« Le préfet du département est tenu de visiter, une fois au moins chaque semestre, les établissements publics ou privés situés dans le département.

« Le procureur de la République de l'arrondissement dans lequel un ou plusieurs établissements publics ou privés d'aliénés sont situés, est tenu de visiter ces établissements une fois au moins chaque trimestre.

« S'il le juge nécessaire, il se fait assister du médecin des aliénés ou d'un autre médecin choisi par lui et procède ou fait procéder à une enquête sur la situation des personnes placées et sur les circonstances d'où est résultée la nécessité de leur placement ou sur celles qui exigent leur maintenue à l'asile.

« Le président du tribunal de l'arrondissement, le juge de paix du canton, le maire de la commune où est situé l'établissement public ou privé d'aliénés, peuvent visiter ledit établissement, lorsqu'ils le jugent convenable. » Quelqu'un demande-t-il la parole sur l'article 13?

M. Paris, *de sa place.* Voulez-vous me permettre, monsieur le président, de présenter de ma place une observation? Il me paraît nécessaire de retrancher de l'article 13 ce membre de phrase : « ou d'un autre médecin choisi par lui » ; si je comprends en effet que vous autorisiez le procureur de la République à se faire assister, dans ses visites, par un homme de l'art, au moins faut-il qu'il présente toute garantie. C'est ainsi que vous désignez, dans ce but, le médecin chargé de la surveillance du service des aliénés. Mais les termes dont je demande la suppression semblent permettre au procureur de la République de laisser cet agent spécial à l'écart, et de choisir qui bon lui semble. Telle ne peut être la pensée de la commission. Je propose donc de restreindre la désignation faite par le procureur de la République au docteur en médecine nommé par le Ministre de l'intérieur, en vertu de l'article 11. (Très bien ! très bien !)

M. le Rapporteur. Ce sont les intentions de la commission. C'est un oubli matériel commis sur le texte remis à M. le président.

M. Paris. Le Sénat me permettra de lui soumettre encore une observation. Vous savez que, d'après l'article 7, les aliénés qui sont soignés à domicile par un membre de la famille, sont soumis à la même surveillance que ceux qui sont placés dans des établissements privés. Eh bien, si le texte de l'article 13 n'était pas modifié, il résulterait du rapprochement des deux articles 7

et 13 que la visite que le préfet et le procureur de la République de l'arrondissement sont autorisés à faire, pourrait avoir lieu dans la maison privée où l'on traite un aliéné aussi bien que dans les établissements de santé. Je ne crois pas que la commission veuille pousser l'assimilation jusque-là. Il serait nécessaire, par conséquent, que le texte qui nous sera présenté en seconde délibération fit disparaître, sur ce point, l'obscurité que je signale. (Très bien ! très bien !)

M. le Rapporteur. Il s'agit là d'une assimilation aux asiles privés ; la commission tiendra certainement compte de l'observation. Il est évident que le préfet ne peut pas être obligé à visiter des asiles qui sont assimilés aux asiles privés, Ce sont les asiles proprement dits qui seuls sont soumis à la visite du préfet.

M. Paris. Ma dernière observation est motivée par le désir que j'ai d'améliorer le texte de la loi en discussion. L'article 14 autorise le procureur de la République « à procéder ou à faire procéder à une enquête sur la situation des personnes placées dans un établissement d'aliénés et sur les circonstances d'où est résultée la nécessité de leur placement ou sur celles qui exigent leur maintenue à l'asile. » Je comprends que sous sa responsabilité le procureur de la République prenne personnellement les renseignements qui lui paraissent nécessaires pour s'éclairer à ces différents points de vue sur la situation des aliénés qu'il visite ; mais au lieu de procéder par lui-même à l'enquête, la commission lui permet d'y faire procéder, sans indiquer par quel agent.

M. le Rapporteur. Par le juge de paix.

M. Paris. Il faudrait préciser ce point dans le texte et dire : «... procède ou fait procéder par le juge de paix du canton... ». L'intervention d'un magistrat nous donnerait des garanties. Au contraire, si le procureur de la République pouvait déléguer le soin de faire une enquête à qui bon lui semblerait, ces garanties feraient défaut.

Un sénateur au centre. Il faudrait dire : « par le juge de paix assisté d'un médecin. »

M. Paris. Cela est dans l'article.

M. le Rapporteur. Il sera tenu compte des observations de M. Paris lors de la deuxième délibération.

M. le Président. Les propositions de M. Paris sont fermes, monsieur le rapporteur ; il faut que la commission s'explique. M. Paris demande, d'abord, la suppression de ces mots : « ou d'un autre médecin choisi par lui ». Il fait observer qu'il est suffisant que le médecin inspecteur des aliénés assiste celui qui fait la visite. Il demande ensuite qu'on ajoute aux mots : « Le procureur de la République procède ou fait procéder », ceux-ci : « par le juge de paix du canton ».

M. le Rapporteur. La première phrase dont M. Paris demande la supression : « ou un autre médecin choisi par lui », a été mise dans l'article pour prévoir le cas où le médecin de la commission permanente serait dans l'impossibilité d'être à la disposition du chef du parquet. Les circonstances peuvent être pressantes. La pensée de la commission est respectée, et je crois que M. Paris accepterait cette rédaction, si l'on mettait ces mots : « ou à défaut... » Il faut, en effet, prévoir le cas où le médecin qui inspire le plus de confiance ne pourrait se mettre à la disposition du chef du parquet.

M. Paris. On pourrait mettre : « ou en cas d'empêchement ».

M. le Rapporteur. Si on le préfère, on mettrait : « ou en cas d'empêchement », ce qui répondrait parfaitement à l'intention de la commission et de M. Paris. Quant au second point, je disais tout à l'heure que, dans la rédaction dont M. Paris vient de parler, la commission avait entendu que quand le procureur de la République ne procéderait pas lui-même à une enquête, il se ferait représenter par son représentant direct, naturel dans le canton où se trouve la famille de l'aliéné, c'est-à-dire par le juge de paix ; il n'y a pas d'inconvénient à le dire expressément dans l'article et à mettre : « ... ou fait procéder par le juge de paix du domicile du malade à une enquête... »

M. le Président. Alors vous êtes d'accord avec M. Paris ?

M. le Rapporteur. Oui, monsieur le président.

M. le Président. Je donne au Sénat une nouvelle lecture, non pas des deux premiers paragraphes de l'article 13, sur lesquels on est d'accord, mais du troisième paragraphe, dont la rédaction serait ainsi modifiée :

« S'il le juge nécessaire, il se fait assister du médecin inspecteur des aliénés ou, en cas d'empêchement de celui-ci, d'un autre médecin choisi par lui, procède ou fait procéder par le juge de paix du canton à une enquête sur la situation des personnes placées et sur les circonstances d'où est résultée la nécessité de leur placement ou sur celles qui exigent leur maintenue à l'asile. »

(Le troisième paragraphe de l'article 13, ainsi modifié, mis aux voix, est adopté.)

M. le Président. Je mets maintenant aux voix le dernier alinéa de l'article 13 : « Le président du tribunal de l'arrondissement, le juge de paix du canton, le maire de la commune où est situé l'établissement public ou privé d'aliénés, peuvent visiter ledit établissement, lorsqu'ils le jugent convenable. » — (Adopté.)

(L'ensemble de l'article 13, mis aux voix, est adopté.)

M. le Président. « Art. 14. — Un décret du président de la République, délibéré en conseil d'Etat et rendu dans le délai d'un an, à partir de la promulgation de la présente loi, règlera l'organi-

sation et le fonctionnement ainsi que le cadre du personnel et les conditions du recrutement de l'inspection générale du service des aliénés. « Les inspecteurs généraux sont nommés à la suite d'un concours sur titres dont le Ministre de l'intérieur détermine les conditions.

« Sont admis à concourir : les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et agrégés des facultés de médecine, les docteurs en médecine ayant rempli pendant cinq ans au moins les fonctions de directeur-médecin ou de médecin en chef d'un asile d'aliénés, ou de secrétaire d'une commission permanente des aliénés ; les docteurs en médecine qui, s'étant distingués par leur enseignement ou leurs écrits sur les maladies mentales, seraient l'objet d'une présentation du comité supérieur. Chacun des établissements publics ou privés d'aliénés est visité, au moins une fois chaque année, par un des inspecteurs généraux. Dans leurs tournées annuelles, qui doivent comprendre tous les départements, les inspecteurs généraux convoquent chaque commission permanente, se font rendre compte de son fonctionnement et s'assurent de la bonne exécution des lois et règlements relatifs aux aliénés, et de la bonne tenue des archives. » Quelqu'un demande-t-il la parole sur l'article 14 ?

M. DE GAVARDIE. Je désirerais savoir si M. le commissaire du Gouvernement...

M. LE PRÉSIDENT. Veuillez monter à la tribune, monsieur de Gavardie ; on n'entend pas.

M. DE GAVARDIE, *à la tribune*. Messieurs, je désirerais savoir si M. le commissaire du Gouvernement accepte cet article, s'il le trouve utile et si réellement ces inspecteurs généraux pourront servir à quelque chose de sérieux. Nous avons des inspecteurs généraux des préfectures ; vous savez ce qu'ils font : ils sont titulaires de fonctions, et voilà tout. Je voudrais avoir l'avis de M. le commissaire du Gouvernement sur ce point, avant de discuter l'article.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. Messieurs, je défère avec plaisir à l'invitation de M. de Gavardie qui me demande si le Gouvernement juge utile de reconstituer l'inspection générale des aliénés. S'il y a un vœu bien légitime qui ait été formulé par la commission sénatoriale constituée pour l'examen de la loi en discussion, c'est surtout la reconstitution de cette inspection générale. (Marques d'approbation.) L'honorable M. Roussel fait remarquer dans son rapport que l'instrument principal, le moyen par lequel le Gouvernement eût pu s'assurer du bon fonctionnement de la loi de 1838, c'était précisément l'inspection générale ; or,

cette inspection générale, la loi avait oublié de la constituer. Il y avait alors un homme éminent entre tous les aliénistes, qui a laissé un nom respecté dans la science, M. Ferrus.

M. Ferrus était non seulement inspecteur général, mais il inspirait toutes les mesures qui se rapportaient à l'administration des aliénés. Après lui, il y eut d'autres médecins éminents, M. Parchappe, M. Constant, M. Lunier, et, aujourd'hui, le dernier qui nous reste comme inspecteur général, M. Foville, qui est aussi distingué comme savant que comme écrivain, représente tout seul une institution que nous regrettons de ne pas voir amplifiée. M. Foville est obligé d'examiner, tout seul, dans le courant d'une année, c'est-à-dire dans la période de l'année où l'on peut faire des inspections, un nombre d'établissements qui s'élève à 104. Il est impossible qu'il puisse, dans ce court espace de temps, renseigner le Gouvernement sur l'exécution de la loi dans tous les établissements.

Nous pensons, en examinant la chose de près et en ne nous livrant pas à des exagérations, que, pour assurer le service de l'inspection générale, il faudra créer cinq postes d'inspecteurs. Nous croyons, avec la commission sénatoriale, que la visite faite annuellement dans chacun de ces établissements permettra d'éclairer le comité supérieur qui doit être créé si vous votez l'article 15 du projet de loi, et de renseigner exactement le ministre de l'intérieur sur les détails de l'application de la loi et surtout sur les points qui nous tiennent le plus à cœur et qui ont inspiré les modifications légales soumises à votre examen : sur toutes les questions qui se rattachent à la liberté individuelle, Je crois avoir répondu aux objections de l'honorable M. de Gavardie. Je me tiens, du reste, à sa disposition s'il en désire de plus étendues.

M. de Gavardie. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. de Gavardie.

M. de Gavardie. Il me semblait, messieurs, que les nombreux fonctionnaires qui vont être créés, si cette loi est votée, suffiraient pour garantir tous les droits et tous les intérêts en cette matière. C'est, en effet, à mes yeux un véritable luxe que cette institution des grandes inspections. Est-ce que les préfets ne peuvent pas, aussi bien que les inspecteurs généraux, — et même d'une manière plus précise et plus pratique, — renseigner le Gouvernement sur les inconvénients et les abus qui se produiront ?

Un sénateur à droite. C'est vrai !

M. de Gavardie. En tout cas, si vous admettiez le principe, je crois qu'il faudrait s'arrêter aux deux premiers paragraphes de l'article 14 et supprimer tout le reste. On doit laisser au Gouvernement une entière liberté dans le choix de ces inspecteurs géné-

raux. Je suis persuadé qu'il serait ainsi meilleur que celui qui résulterait d'un concours.

M. Delsol, *membre de la commission*. Le concours a lieu sur titres.

M. de Gavardie. A mon avis, l'article devrait être rédigé ainsi : « Un décret du président de la République... » Il faudrait s'arrêter là et supprimer tout le reste de l'article. Je vois de très grands inconvénients sur ces concours publics.

M. Dupré, *président de la commission*. Ce n'est pas d'un concours public qu'il s'agit, mais d'un concours sur titres; ce qui est bien différent.

M. de Gavardie. Le concours est public par le nombre des personnes qui sont appelées à y participer. Voilà ce que je voulais dire. Je retire, du reste, l'expression dont je me suis servi ; elle n'est pas, je le reconnais, absolument exacte. Il s'agit donc d'un concours sur titres. Qu'entendez-vous par là ? Y aura-t-il un examen ? S'il y a purement et simplement une comparaison, comme, en définitive, cette comparaison sera faite d'une façon souveraine par M. le ministre de l'intérieur, je retirerai mes observations; mais si vous déterminez le choix par un examen, pour ma part je m'y oppose énergiquement. Je voudrais que la commission s'expliquât sur ce point.

M. le Rapporteur. Il s'agit d'un concours sur titres, encore une fois; c'est ainsi qu'on nomme les professeurs des facultés de médecine et des différentes facultés.

M. de Gavardie. — J'ai demandé qu'on s'explique purement et simplement. Ainsi il n'y aura pas d'examen ?

M. le Rapporteur. Non.

M. de Gavardie. Alors, je n'ai plus rien à dire.

M. le Rapporteur. C'est un concours sur titres, avec des catégories déterminées, pour ne pas livrer cela au caprice, au libre arbitre et aux mauvaises chances qui ont fait que ce personnel a été si inégal et a si peu répondu à l'attente même du Gouvernement.

M. de Gavardie. Du moment où il n'y a pas d'examen, je retire tout ce que j'ai dit.

M. le Président. Quelqu'un demande-t-il encore la parole sur l'article 14?

M. de Gavardie. Seulement, pour la question de principe, je crois que c'est un rouage absolument inutile !

M. le Président. Eh bien vous voterez contre. (L'article, mis aux voix, est adopté.)

M. le Président. « Article 15. — Dans le délai fixé à l'article précédent, il sera constitué, près le ministère de l'intérieur, un comité supérieur des aliénés composé comme il suit : un membre

du Conseil d'Etat, élu par le conseil; un membre de la Cour de cassation, élu par la cour; le procureur général près la cour d'appel de Paris ou l'un des membres du parquet de cette cour, désigné par lui; un membre de l'Académie de médecine, élu par l'académie; le professeur de la faculté de médecine de Paris chargé de l'enseignement clinique des maladies mentales; un directeur du ministère de la justice désigné par le Ministre; un directeur du ministère de l'intérieur, désigné par le Ministre; les inspecteurs généraux du service des aliénés; les membres désignés par le Conseil d'Etat, la Cour de cassation et l'Académie de médecine sont élus pour cinq ans.

« Ce comité recevra communication de tous les documents et rapports transmis par les préfets; il donnera son avis sur les règlements particuliers, sur les plans et projets de construction générale ou partielle des asiles, sur les traités passés par les départements pour le traitement de leurs aliénés indigents, sur les tarifs des prix de journée des aliénés, sur les autorisations à accorder aux asiles privés et sur toutes les mesures propres à assurer l'exécution des lois et règlements concernant le service des aliénés; il reçoit chaque année du Ministre de l'intérieur communication du rapport général qui sera présenté par le Ministre, publié au *Journal officiel* et distribué aux Chambres. »

M. DE GAVARDIE. Mais nous avons tous compris que cet article n'était pas maintenu.

M. LE RAPPORTEUR. C'est une erreur M. de Gavardie. J'ai dit, au commencement, qu'il n'y avait entre la commission et M. le Ministre de désaccord que sur les articles 11 et 12; que pour les modifications demandées sur l'article 15 et qui résultent de la lecture du texte que M. le président vient de soumettre au Sénat M. le Ministre et la commission étaient d'accord.

M. DE GAVARDIE. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. de Gavardie.

M. DE GAVARDIE. Messieurs, après avoir accueilli autour de moi bien des observations, je pensais que cet article ne serait accepté par personne et surtout par le Gouvernement. Comment! le Gouvernement accepterait, — car je ne puis pas croire qu'il l'accepte définitivement encore, — le Gouvernement accepterait un comité permanent et supérieur.

M. TENAILLE-SALIGNY. Et le conseil supérieur des prisons?

M. DE GAVARDIE... siégeant au ministère de l'intérieur et contrôlant ses actes? Mais cela est contraire à toutes les notions d'administration! Pour ma part, si j'avais l'honneur d'être ministre, j'aimerais mieux cent fois m'en aller — je sais bien que cela n'arrive pas très souvent aux ministres — que d'accepter un article pareil!

M. le Rapporteur. Vous ne l'avez pas lu, M. de Gavardie ! Ce comité ne peut rien imposer au ministre. C'est simplement un comité consultatif qui, comme les autres, éclaire le ministre dans des cas où il a besoin d'être éclairé.

M. de Gavardie. Il ne manquerait plus que ce comité lui imposât ses ordres ! Sans même lire votre article, je ne pouvais pas supposer qu'il y aurait cela ! Mais je lis mieux que vous ne pensez. Messieurs, ce comité-là est absolument inutile. Il est contraire aux règles administratives et ne peut créer des embarras. J'espère qu'à la seconde lecture le Gouvernement ne l'acceptera pas.

M. le commissaire du Gouvernement. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. le commissaire du Gouvernement. Messieurs, j'aurais été obligé de donner pleinement raison à l'honorable M. de Gavardie...

M. de Gavardie. Cela m'aurait fait bien plaisir ! (Rires.)

M. le commissaire du Gouvernement. C'est un plaisir que je ne puis pas vous faire. J'aurais donc donné raison à M. de Gavardie, si l'article avait conservé la rédaction qui avait été présentée par la commission. L'article 15, tel que vous le lisez dans le projet de la commission, faisait partie d'un ensemble de dispositions auxquelles le Gouvernement n'a pas pu adhérer. La commission avait constitué auprès du préfet une commission dite permanente qui avait des attributions administratives et plaçait en même temps auprès du ministre un comité supérieur pourvu d'attributions administratives. Ces attributions ont fait, de la part de M. le ministre de l'intérieur, l'objet d'une opposition devant laquelle la commission a consenti à modifier la rédaction de l'article 11 et de l'article 15. La rédaction de l'article 11 a été modifiée par l'amendement de l'honorable M. Bardoux. Vous l'avez adoptée.

La rédaction de l'article 15 a été modifiée par la commission elle-même, en conséquence de l'adoption que vous avez faite de l'amendement de M. Bardoux. Du moment que cette rédaction est modifiée dans le sens du texte qui vient de vous être lu, il ne reste dans les attributions de la commission qu'un rôle qui est celui d'un nombre déjà important de commissions constituées auprès des divers ministères.

Il existe des commissions pour les bâtiments civils, pour les travaux publics ; il existe au ministère de l'intérieur une commission supérieure pour l'application de la loi de 1875 sur le régime pénitentiaire. Il y a enfin une commission plus récemment entrée en fonctions pour la protection des enfants du premier âge.

La commission supérieure qui est créée par l'article 15 est pourvue d'attributions qui sont toutes consultatives. Pour que cette commission puisse donner un avis éclairé au Gouvernement, il

est bien certain que le Gouvernement devra lui apporter les documents de l'administration, les rapports des préfets, des médecins et des inspecteurs départementaux et généraux ; il faut qu'elle ait tout ce qui peut l'éclairer, elle donne un avis sur des règlements particuliers, sur les plans et projets de construction générale ou partielle des asiles, sur les traités passés par les départements pour le traitement de leurs aliénés indigents.

Il n'y a rien là-dedans qui fasse de cette commission une machine de guerre contre l'autorité du ministre ; et un ministre, à moins qu'il ne désire tout trancher par lui-même et ne s'éclairer aucunement auprès des personnes qui ont une compétence spéciale, — et vous avez composé, dans l'article 15, cette commission de personnes qui ont une compétence incontestable, — à moins d'avoir cet esprit d'autoritarisme exagéré, un ministre doit être heureux de pouvoir s'appuyer dans ses décisions sur l'avis d'une commission composée comme celle de l'article 15. Il reste *in fine* une attribution qui consiste à publier chaque année au *Journal officiel* un rapport général qui sera distribué aux Chambres. Je ne vois pas non plus dans cette disposition un acte qu'on puisse qualifier d'acte d'administration. En adoptant l'article 15 tel que la commission l'a modifié et que le Gouvernement l'a accepté, je crois que vous rendrez service au Ministre de l'intérieur et que vous assurerez le bon fonctionnement de la loi. (Très bien ! très bien ! sur un grand nombre de bancs.)

M. DE GAVARDIE. Je demande la parole. (*A suivre.*)

VARIA

JEUNE PRODIGIEUX DE L'ÉVÊQUE DE SPIRE

NARRATION EXTRAITE DES ŒUVRES

du très illustre JEAN PONTAN, docteur ès médecine.

En l'an de grâce 1559, Rodolphe de Franckeinstein, évêque de Spire, était un des hommes les plus renommés, par sa piété et son érudition. Dès le commencement de son épiscopat, il travailla avec une ardeur extrême, et se plongea

tout entier dans l'étude et la lecture des Pères de l'Eglise, pour y puiser toutes les qualités nécessaires à ses fonctions. Il se livrait à cette besogne, sans relâche, sans repos.

Un jour, un anachorète, de l'ordre des Frères Mineurs, se présenta à lui. Cet homme à l'aspect froid et ascétique, troubla, par de pernicieux discours, le cerveau du prélat, déjà fort ébranlé. Il parvint à lui persuader qu'il n'y avait plus pour lui de salut possible au monde, s'il conservait les us et coutumes de ce qu'on est convenu d'appeler la foule des profanes, s'il n'abandonnait pas, en un mot, tous ses biens et ne renonçait pas aux habitudes du siècle.

Ainsi endoctriné, notre évêque, après avoir passé de longs jours dans l'anxiété et la tristesse, tomba dans la mélancolie. Il vécut seul avec l'anachorète, n'admettant plus autour de lui aucun de ses conseillers. Ces derniers firent à la fin éloigner le moine. Malgré cela, le prélat s'exclamait sans cesse qu'il voulait abandonner son évêché. Il essayait même d'attenter à ses jours : on fut obligé de le mettre sous une étroite surveillance. Des médecins, mandés vers lui, apportèrent un soulagement passager à sa maladie; mais il retomba presque aussitôt dans le même état et commença à s'écrier à chaque instant que personne, sauf le jeûne, ne pourrait arrêter son ardeur divine.

Aussitôt dit, aussitôt fait : il s'abstint de toute nourriture et de toute boisson pendant quarante jours et quarante nuits, durant lesquels il demeura sans dormir, sans s'asseoir, ni même se coucher. Il se tint constamment debout et immobile, ou se promena de long en large dans sa chambre. Les quarante jours expirés, il se remit à manger et à boire comme par le passé; mais soudain, ses pieds enflèrent si fortement, qu'il ne put dès lors faire un pas. A la suite de cet accident, il recouvra enfin la raison, et, une fois son pied guéri, il reprit les rênes de son épiscopat.

Vers le commencement du printemps de l'année courante (1560), il retomba dans une mélancolie héroïque (?) [1] — plus grave. Il songeait déjà à réformer tous les statuts du christianisme. Il alla même trouver l'archevêque de Mayence, pour l'engager à collaborer avec lui à cette réforme. Il écrivit une foule de lettres d'un style remar-

[1] Le texte porte : *heroïcam*.

quable, au Pape, à l'Empereur, aux Rois et aux Princes, mais toutes remplies du délire mélancolique. Ces lettres traitaient des moyens d'atténuer les abus de l'Eglise. Enfin, on fut obligé à nouveau de le mettre sous garde. Il vociférait à chaque instant que sa tête était perdue. En cette même année 1560, le dimanche même du Jubilé, après avoir bu et mangé copieusement, il recommença à jeûner. Ni ses frères, ni ses sœurs, ni ses intimes ne purent chasser cette résolution de son esprit. Il voulait continuer jusqu'au quarantième jour. Mais au bout du trente-cinquième, il eut un tel affaiblissement de tous les membres qu'il fut, bon gré mal gré, forcé de se coucher. On appela encore une fois les médecins qui ne purent, malgré leurs exhortations, arriver à lui faire absorber un réconfortant quelconque, soit externe, soit interne. C'était fini : au bout de quarante-huit jours de jeûne, après qu'on lui eut fait boire de l'eau de la fontaine acide de Gœppingue (vulgairement Saurbrunn), près de laquelle il avait été transporté par ses amis, il rendit son âme à Dieu, après avoir dit ses dernières prières, dans la ville de Lauterbourg, distante à peu près d'un jour de marche de ce village, où une certaine jeune fille de Rhodes avait vécu trois ans, sans boire ni manger.

Il est, parmi les auteurs, nombre d'exemples de longs jeûnes; mais tous ont été entretenus par la viscosité des humeurs et une douce chaleur. Dans cet homme si patient, on ne trouve que la mélancolie. Nous recommandons à toutes les personnes curieuses de s'instruire, de rechercher comment les fonctions naturelles et vitales ont pu résister à ce point, et comment l'évêque de Spire a pu se soutenir si longtemps.

Après avoir fait l'ouverture du corps, on trouva, parmi les viscères et les intestins, l'estomac ridé et aplati comme un sac replié. (Traduit du latin par ALBIN ROUSSELET.)

ÉDUCATION DES ENFANTS FAIBLES D'ESPRIT

On sait qu'un grand nombre d'enfants sont incapables de répondre aux obligations scolaires, soit à cause de maux de tête fréquents, soit de chutes épileptiques, de paralysie, de nervosité extrême. De tels enfants étant incapables de travailler pour les

examens sont souvent dispensés de l'école pendant longtemps, ou d'une façon permanente. Il est évident qu'un enfant qui a des accès d'épilepsie ou de la chorée ne peut pas rester au milieu des autres enfants. Il n'y a cependant pas de raison pour ne pas pourvoir à une éducation convenable. Comme nous l'avons déjà dit, il serait facile qu'une inspection médicale semestrielle des écoles, décidât quels sont les enfants qui devraient être mis à part, et invitât les maîtres à ne pas permettre la non-assuidité pour cause de mauvaise santé pendant plus de six mois, et à soumettre les enfants dans ce cas aux inspecteurs deux fois par an.

L'école serait ainsi débarrassée des membres débiles qui sont au désavantage de la classe. Les enfants ainsi choisis pourraient être placés dans une classe spéciale avec un maître spécial. Ils pourraient être traités dans le but de développer leurs fonctions, et exemptés des examens ordinaires. De l'ordre, de bonnes habitudes, et l'obéissance peuvent être cultivés, et ceux qui ont le plus besoin de culture intellectuelle seraient ainsi pourvus, comme c'est leur droit, et toute excuse de non-assiduité de ces enfants pour cause d'incapacité, écartée par la même. — Une inspection soigneuse de ces enfants serait faite et encouragerait le maître. Un tel plan est non seulement praticable, mais encore réclamé d'urgence. (*Brit. med. Journal*, p. 138, 1887.) — C'est là une question qui mérite d'attirer sérieusement l'attention. (Voir *Progrès médical*, 1887, 186 et suiv., 2e série, t. VII.)

LES ALIÉNÉS DANS LES MAISONS DE CHARITÉ

La première visite complète dans les maisons de charité du Massasuchets a été faite en 1884. Elle a révélé un nombre déplorable de négligences et de traitements injustes. Par économie, les villes font le moins possible de ce qu'elles ont à faire. Le rapport signale que la plupart des malades visités étaient couverts de vermine. Dans beaucoup de villes, l'état de malpropreté et de désordre des maisons de charité est tout simplement honteux. On trouve aussi que des cas aigus accidentels de folie, au lieu d'être l'objet d''une séquestration légale et d'un traitement dans un asile à une époque précoce où la maladie est encore curable, sont, par raison d'économie pour les villes, confinés dès l'abord dans des maisons de charité. — La séparation entre les aliénés et les sains d'esprit entre les hommes et les femmes n'est pas observée à proprement parler dans un grand nombre de maisons.

En ce qui concerne les points suivants : sélection des cas; observations de la maladie et de la mort des aliénés; logement, propreté, hygiène : séquestration et restraint; nombre et espèce des « cages » et des cellules; espèce et quantité du régime ali-

mentaire; état du couchage, des vêtements, etc., des observations défavorables ont été faites maintes fois. Mais, disons-le, elles ne s'appliquent pas à certaines maisons des grandes villes.

Les efforts récents de la commission supérieure pour remédier à ces défauts paraissent être bien dirigés, et on ne peut que regretter qu'ils n'aient pas commencé plus tôt. La nouvelle législation et en particulier celle qui oblige à transférer les cas qui ne conviennent pas aux maisons de charité, et les visites annuelles faites maintenant par la direction de la commission supérieure, indiquent qu'on a compris la nécessité de la surveillance et qu'on désire améliorer le sort de ces infortunés. (*The Boston med. journal*, 17 mars 1887, p. 265.) S.

FAITS DIVERS

Asiles d'Aliénés. — *Nominations et promotions.* — M. Pinot, directeur de l'asile public de Saint-Robert, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à partir du 1er décembre et est nommé directeur honoraire (arrêté du 9 novembre). — M. le Dr Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert, est nommé *directeur-médecin* (arrêté du 21 novembre). — M. le Dr Dumas, directeur-médecin de l'asile public de Dijon, est promu à la première classe à partir du 1er janvier 1888 (arrêté du 7 décembre). M. le Dr Bellat, médecin adjoint du même établissement est promu à la classe exceptionnelle à partir du 1er février 1888 (arrêté du 7 décembre 1887).

Asile d'aliénés du comté de Susfex, a Hayward's heath. — L'asile contenait 824 malades à la fin de 1886; c'est-à-dire 29 de moins que l'an dernier. Il y a eu 210 admissions, sur lesquelles, 40 cas p. 100 ont paru curables à l'entrée. La proportion des guérisons a été de 41,2 p. 100, et celle des morts de 8,8 p. 100. Il y a eu 19 transferts aux workhouses; les cas aigus et les agités ont été plus nombreux depuis quelques années. A la fin de 1886, il y avait 80 épileptiques et 16 paralytiques généraux. — (*British Med. Journ.*, 12 nov. 1887.)

Asile d'aliénés du Cumberland et du Westmorland, a Garland's. — Outre les aliénés venant des deux comtés, l'établissement a reçu 33 malades payant chacun par semaine la somme de 14 s. En 1886 il y

avait 567 malades, 21 de plus que l'année précédente. Il y a eu une proportion de 43,7 guérisons sur 100 admissions; parmi ces cas (67), 42 étaient à l'asile depuis moins de neuf mois. Les morts ont été de 7,4 p. 100. On comptait à la fin de 1886 : 49 épileptiques et 21 paralytiques généraux.

Les malades jouissant d'une certaine liberté dans cet établissement sont moins portés à des actes de violence, de tapage et de destruction. Les individus âgés et infirmes ont pour eux des promenades larges et abritées. A l'asile il y a 1 infirmier pour 15,5 hommes, et une infirmière sur 13,5 femmes, nombre qui paraît largement suffisant. Dans l'année qui vient de s'écouler, il n'y a eu aucun accident mortel, ni grave; il n'y a eu qu'une seule évasion. On a adopté les cloches de Millar pour la surveillance de nuit. (*British Med. Journ.*, 12 nov. 1887.)

Institution nationale écossaise pour les enfants imbéciles. — A la réunion annuelle de l'Association auxiliaire d'Edimbourg, on a exposé des statistiques montrant le bien qu'a produit l'institution de Larbert. Cette maison compte actuellement 187 enfants. Les directeurs regrettent qu'on ne puisse garder les enfants plus de cinq années, afin de les perfectionner encore; tandis qu'une fois rentrés dans leurs familles, ils perdent une grande partie de ce qu'ils ont acquis. L'orateur exprime le désir de pouvoir ajouter un établissement à celui actuellement existant pour les imbéciles plus âgés. Les fonds s'élèvent cette année à 11,500 livres. (*British Med. Journ.*, 12 nov. 1887.)

Nécrologie. — M. le Dr Achille Foville ou de Foville[1], fils du savant auteur du *Traité complet de l'anatomie et de la pathologie du système nerveux*, né à Rouen en 1830, vient de mourir à Paris. Il était inspecteur général des établissements de bienfaisance (1880), secrétaire général de l'Association des médecins de France.

M. Foville a été reçu interne en 1853. Il a passé sa thèse en 1857 (*Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie*). Parmi ses publications nous citerons : *Des tumeurs sanguines de l'oreille* (1859); Observation de *syphilis constitution avec zona et ictère* (*Gaz. hebd.*, 1858); — *Paralysie de certains muscles de l'œil et rapports avec l'anatomie et la physiologie de la protubérance annulaire* (*Ibid.*, 1859); — *Des divers modes de l'Assistance publique appliquables aux aliénés* (1865); — *Du delirium tremens*, etc. (1867); — *Recherches cliniques et statistiques sur la transmission héréditaire de l'épilepsie* (1868); — *Etude comparative sur les législations étrangères en ce qui concerne les aliénés traités à domicile* (1884);

[1] Ainsi que l'écrit l'*Annuaire de l'internat*, ou encore Defoville, comme l'indique sa thèse.

— *Les médecins dans les drames de Shakspeare* (1885); — *Dispensaires pour enfants malades* (1881); — Différents articles dans le *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques : Paralysie générale; Nymphomanie; Lypémanie; Manie; Hypochondrie; Idiotie; Imbécillité; Folie; Folie instinctive; Folie des actes; Délire; Démence; Dypsomanie; Convulsions; Convulsions de l'enfance; Manie congestive* (1880): *Manie avec prédominance du délire des grandeurs chez un ancien hémiplégique* (1880); — *Mégalomanie terminée par la démence avec délire généralisé* (1880); — *Délire aigu paralytique* (1882); — *Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale* (1879); — *Symptômes passagers de paralysie générale chez un épileptique* (1879); — *Des relations entre les troubles de la motilité dans la paralysie générale et les lésions de la couche corticale des circonvolutions fronto-pariétales* (1877); — *Les aliénés voyageurs ou migrateurs* (1875); — *De la paralysie générale par propagation* (1873); — *Moyens pratiques de combattre l'ivrognerie* (1872); — *Nomenclature et classification des maladies mentales* (1872); — *Historique du délire des grandeurs* (1870); — *Aliénés; Etude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont propres* (1870); — *Sur les aliénés aux Etats-Unis; Sur la législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse; Etudes sur les législations étrangères en ce qui concerne les aliénés traités à domicile; De la construction et de l'administration des hôpitaux* (1884), etc., etc. — M. Foville était un des principaux collaborateurs des *Annales médico-psychologiques* dont il était un des rédacteurs depuis 1881.

Dans ses fonctions d'inspecteur général, M. Foville aurait pu, s'il avait suivi les traces de Ferrus et de Parchappe, rendre de très grands services. Malheureusement, au lieu d'avoir les vues larges et généreuses de ces deux hommes éminents et de chercher sinon à innover, au moins à appliquer les réformes déjà réalisées à l'étranger, il s'est borné à être un bon inspecteur suivant les idées bornées et routinières de la bureaucratie. Nous ne connaissons de lui aucune réforme sérieuse. C'est triste à dire alors qu'il y a tant à faire dans les établissements de bienfaisance au point de vue de l'hygiène hospitalière et de l'humanité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BOURNEVILLE. — *Discours prononcés les 3, 8 et 9 août 1887 aux distributions des prix des Ecoles municipales d'infirmières laïques* (dixième année scolaire), nº 8 de la collection. Brochure in-8° de 56 pages. — Prix : 1 fr. 50; pour nos abonnés, 1 fr. — Aux bureaux du *Progrès médical*, 14, Rue des Carmes.

BOURRU (H.) et BUROT (P.). — *La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses.* Volume in-12 de 313 pages, avec 10 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils.

HERZEN (A.). — *Le cerveau et l'activité cérébrale, au point de vue psycho-physiologique.* — Volume in-12 de 312 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1887.

MARINA (A.-R.). — *Reazioni dei nervi e sei muscoli alle eccitazioni elettriche in donna che, per ripetute ipnosi, presentava fenomeni ipnotici in istato di veglia.* Brochure in-8° de 22 pages. — Reggio nell' Emilia, 1887. — Tipografia Calderini e Figlio.

SGOBBO (F.). — *L'isterismo nell'nomo e l'isterismo nell'esercito.* Brochure in-8º de 53 pages. — Roma, 1887, V. Carlo.

VÉTAULT (V.). — *Etude medico-légale sur l'alcoolisme. Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolises.* Volume in-8° de 237 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière.

AVIS A NOS LECTEURS. — *Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur la* DISCUSSION, AU SÉNAT, DE LA NOUVELLE LOI SUR LES ALIÉNÉS. *En reproduisant ces débats, nous croyons être agréable à tous les médecins des asiles d'aliénés, de quelque nationalité qu'ils soient. De plus, nous insérerons dans la mesure du possible, les lettres commentant ou critiquant cette discussion qu'ils voudraient bien nous adresser. — Enfin, nous prions ceux d'entre eux dont l'abonnement est expiré* AVEC LE DERNIER NUMÉRO, *de bien vouloir nous adresser le montant de leur réabonnement.*

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 1287.

Vol. XV. **Mars 1888.** N° 44

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE SYMPTOMATOLOGIQUE DE LA GLIOMATOSE MÉDULLAIRE[1];

Par WLADIMIR ROTH.

OBSERVATION II.

Homme de vingt-deux ans. — A onze ans panaris. — Depuis l'âge de dix-neuf ans, scoliose parétique et atrophie progressive des muscles, surtout des scapulaires et des deltoïdes. — Thermo-anesthésie des membres supérieurs et du thorax. — Analgésie limitée.

Job Kousmine, paysan de vingt-deux ans, entra à l'hôpital de Catherine le 20 janvier 1886, se plaignant de la faiblesse des membres supérieurs.

Le malade naquit dans le gouvernement de Foula, dans un endroit réputé non fiévreux. Il a été nourri par sa mère : il ignore s'il est venu à terme. Il était le deuxième; huit de ses frères et sœurs sont morts à des âges différents. Dans sa famille, autant qu'il sache, il n'y a eu ni scrofule, ni syphilis. Personne de ses parents ne présente de phénomènes, de paralysie, de crampes, d'atrophies, de psychose, etc. Jusqu'à l'âge de neuf ans, le malade restait à la campagne, se portant bien et étant aussi fort que

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XIV, p. 368. — ERRATA. — Page 383, ligne 1 ; *au lieu de :* 8 A M. 1 M S... 5 M S ; *lisez :* 0,8 M A. 1 M A... 5 M A, ligne 3; *au lieu de :* [11] [11] *lisez :* — (11)[1] — (11)

ses camarades; mais il était chétif avant d'être sevré. Depuis l'âge de neuf ans, il était apprenti tailleur. Depuis l'âge de onze à douze ans il travailla chez le harnacheur; à cette époque, par suite de cause inconnue, il eut *un panaris* au médius. Le doigt lui fit mal près de quinze jours, l'ongle tomba, la plaie guérit assez vite, on ne fit pas d'incision, il sortit peu de pus. Le malade ne se souvient pas d'avoir souffert le long de l'avant-bras ou d'avoir eu du gonflement de la main, mais lorsque le doigt fut guéri, il arriva que *l'extension maxima des doigts dans l'articulation métacarpo-phalangienne* devint impossible; le médius était en retard sur les autres doigts. En essayant l'extension forcée passive, le malade éprouvait une douleur dans les tendons des fléchisseurs sur le tiers inférieur de l'avant-bras; à l'extension passive maxima se produisaient des *mouvements convulsifs* dans le médius. Depuis l'âge de treize ans, le malade travaillait le métier d'enduiseur en été et de tailleur en hiver. Des tiraillements continuaient à se produire dans les doigts après la fatigue du travail, de même qu'à l'extension maxima passive; pendant le dernier temps, ils devinrent plus rares et il n'y a pas plus d'une année qu'elles ont cessé. Jusqu'à l'âge de dix-huit à dix-neuf ans, Job a été bien portant. Dès l'enfance, il buvait de l'eau-de-vie, parfois avec excès; son père l'enivrait lorsqu'il était tout petit. Plus tard, il lui arriva de s'enivrer, mais rarement, surtout les jours de grandes fêtes; il n'a pas fait d'excès vénériens; onanisme modéré à l'adolescence.

Vers Noël 1883, parut pour la première fois et se répéta depuis, de temps en temps, un *gonflement* indolent du dos de la main droite. Le gonflement durait une journée pour disparaître ensuite; il n'était accompagné ni de douleur ni de rougeur de la peau. En automne 1883, le malade se brûla le dos pour la première fois, après s'être endormi sur le poêle; depuis les brûlures se répétèrent. En hiver 1883, il souffrait de céphalalgie, de congestion des oreilles; sa vue s'obscurcissait par moments; cet état durait près de huit jours et cessa pour reparaître pendant l'hiver 1885 avec tenacité. Vers l'âge de dix-neuf ans, très épuisé par le travail et l'insuffisance du sommeil, le malade se rendit chez lui à pied vers la Noël. Après avoir fait plusieurs kilomètres, il se sentit complètement épuisé, en partie probablement sous l'influence d'une affection fébrile aiguë déjà commençante, qui l'obligea à garder le lit pendant huit jours; ensuite il commença à se rétablir et se maria au mois de janvier, se sentant parfaitement bien; mais depuis le printemps (1884), le bras commença à faiblir dans l'articulation de l'épaule; dans le côté gauche il éprouvait une douleur sourde, un poids, la sensation qu'on éprouve à une forte tension musculaire et peu à peu se développa la scoliose. Vers l'été le bras gauche faiblit également. Le malade ne put plus s'occuper de son métier, mais continua à coudre encore durant

l'automne et la moitié de l'hiver, mais depuis le commencement de 1885, il abandonna aussi ce travail.

ETAT ACTUEL. — Le malade est de taille moyenne, de complexion faible, la face maigre; il a la peau et les muqueuses pâles. Sur la surface postérieure du corps, sur le côté radial externe des extrémités supérieures et les fesses, il y a de nombreuses cicatrices superficielles restées, à la suite de *brûlures* antérieures. En outre, sur la face antérieure du bras et de l'avant-bras, la peau est couverte de rayures toutes blanches; ce sont les traces d'égratignures (ayant été faites pendant un traitement par les fourmis). Au-dessus des articulations des doigts, du côté de la face dorsale, il y a une *induration calleuse* de l'épiderme. Outre les cicatrices décrites, il y a une petite cicatrice, située un peu au-dessous du pli inguinal droit; les ganglions de l'aine sont légèrement augmentés de volume, ce qui n'existe pas du côté gauche; pas de cicatrices sur le pénis. Les ganglions de la nuque sont à peine augmentés, ceux du coude ne sont pas perçus au palper. La cicatrice de l'aine est restée après une suppuration antécédente d'un ganglion que le malade rattache à la brûlure de la fesse. Il porte encore une cicatrice sur le genou gauche et sur le ventre on observe des taches blanches de forme irrégulière, entourées d'une bordure plus pigmentée, de la grandeur de $1\,^1/_2$ à 2 centimètres; ce sont les restes des dartres antécédentes; *la peau* des mains un peu cyanosée, froide au palper, n'est pas œdématiée. Les *ongles* sont bien conformés, à l'exception de celui du pouce gauche qui, étant tombé s'est reformé, avec fentes longitudinales; la troisième phalange du médius de la main droite n'existe pas et l'extrémité de la seconde forme un moignon un peu épaissi. La *colonne vertébrale* présente une incurvation scoliotique à droite qui ne se redresse pas à la position horizontale du malade. La courbe est produite par toute la partie thoracique de la colonne vertébrale; le sommet en est occupé par l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre thoracique, distante de 2 centimètres de la ligne verticale moyenne. Dans la partie lombaire existe (depuis la première vertèbre lombaire) une scoliose compensatrice dirigée à gauche.

La poitrine est élevée. La cage thoracique présente des altérations consécutives : du côté droit une grande convexité en arrière et en dehors, surtout dans la partie inférieure ; mais du côté gauche la partie inférieure de la cage thoracique paraît concave et légèrement proéminente ; en avant le bout inférieur du sternum regarde légèrement à droite, de sorte que la ligne moyenne, allant de l'incisure jugulaire vers l'ombilic, forme un arc, dont la convexité est dirigée à droite. Les os ne présentent d'épaississement nulle part, ni d'altérations pathologiques indiquant le rachitisme. Le malade rattache l'incurvation de la co-

lonne vertébrale à son travail d'enduiseur. Le malade s'aperçut pour la première fois d'une déformation marquée de la cage thoracique il y a trois ans. La position des omoplates correspondant aux déformations de la colonne vertébrale est normale. Le tissu adipeux sous-cutané est peu développé; il manque presque complètement.

Les *muscles* sont par places très atrophiés. Les sous-épineux sont atrophiés au plus haut degré ; au palper ils semblent avoir disparu ; la peau paraît comme collée sur l'os ; pourtant l'existence des muscles est rendue évidente par l'application du courant électrique. Les sus-épineux sont aussi considérablement atrophiés. Les deltoïdes présentent une atrophie marquée des portions postérieures ; les parties antérieures et moyennes ont été légèrement atteintes (surtout à gauche) ; le muscle trapèze est conservé dans sa portion supérieure et paraît atrophié dans les autres. Les restants des muscles de la ceinture scapulaire ne présentent pas d'atrophie notable et le muscle pectoral droit paraît même hypertrophié en comparaison du gauche. Les *muscles du bras* présentent le degré moyen de l'atrophie. Elle est plus accusée à droite qu'à gauche. Le biceps et le brachial antérieur sont plus atrophiés que le triceps. A l'avant-bras droit, le long supinateur a presque disparu et se fait sentir au palper sous forme d'un mince cordon ; en général, tout l'avant-bras dans sa partie supérieure a l'air d'être aminci ; du côté gauche, l'avant-bras est considérablement plus gros et le long supinateur seul présente une atrophie marquée, appréciable au palper. Le biceps et le long supinateur du côté droit présentent une consistance plus molle et non uniforme, parce qu'ils sont formés de faisceaux plus solides mollement réunis entre eux. Sur les mains on n'observe que l'atrophie du premier espace interosseux et un léger amaigrissement du second. Les *muscles des membres inférieurs* et les autres muscles plats du tronc, à l'exception de ceux cités plus haut, ne présentent pas d'atrophie notable. Les muscles situés le long de la colonne vertébrale à droite, surtout vers la partie spinale de la colonne vertébrale, présentent un petit bourrelet solide proéminent (hypertrophie) ; du côté gauche les muscles paraissent ne pas être atrophiés. Les *muscles de la face*, autant qu'on puisse en juger, ne présentent pas d'atrophie.

Mouvements. — Le bras droit ne peut être soulevé ; des mouvements d'élévation en tous sens du bras gauche ne se produisent qu'à un angle de 45° ; dans ces limites, le mouvement est assez énergique, quoique un peu affaibli. Le mouvement du bras gauche en arrière se fait avec une certaine force et sans aucune en avant ; l'adduction est assez énergique, mais elle est quand même au-dessous de la normale. Du côté droit tous ces mouvements ne sont que peu affaiblis. A la flexion du coude : à

droite, mouvement limité ; à gauche, la flexion est étendue, mais peu énergique. L'extension des deux côtés est suffisamment forte. Sa supination est affaiblie à gauche et légèrement limitée d'étendue ; à droite, elle manque complètement ; à gauche, tous les mouvements de la main et des doigts sont normaux et assez étendus ; à droite, l'extension et la flexion de la main est légèrement limitée ; sa flexion radiale est assez considérable ; les autres mouvements de la main et des doigts sont assez faibles. L'opposition du pouce est incomplète. Le dynamomètre indique 20 à droite et 35° K. à gauche.

Membres inférieurs. — Le malade marche et court bien ; cependant il lui semble que les membres inférieurs sont un peu plus lourds qu'ils n'étaient auparavant. Dans la sphère des nerfs crâniens, il n'y a pas d'altérations motrices. Point de crampes, ni de contractures.

Des *mouvements fibrillaires* s'observent dans les muscles du bras et du thorax. Les cordons nerveux et les muscles ne sont pas douloureux à la pression.

Electro-contractilité. — Courant constant. Les chiffres en milliampères. L'électrode d'épreuve a 1 centimètre de diamètre ; la neutre se place sur la poitrine, son diamètre est de 50 cent. carré. Courant induit : appareil à chariot, au grand élément de Grenet ; la tige métallique est enlevée de la première hélice. Les chiffres indiquent en centimètres à combien la deuxième hélice est repoussée. Recherche du 9 février 1886.

	CFC.	AFC.	AOC.	COC.	CFc.	Courant faradique.
M. trapèze gauche......	0,3	2	20	—	30	7
— droit........	0,5	1	4,5	—	5	7
M. deltoïde dr. (por. p.).	5.	12*)	—(30,[1])	—(30)	- (30)	7
M. sous-épineux droit...	13	11*)	(> 30)	—(> 30)	—(> 30)	4,7
— — gauche.	7	11	—(> 30)	—	—	5
M. triceps droit........	3	4	13	15	15	7,2
M triceps gauche......	2,5	3,5.	11	20	10	7,2
M. biceps droit.........	3*)	4*)	25		15	5*)
M. biceps gauche (n. coraco-brach)....	<1					6
— partie inférieure..	2,5	2[2])	—(20)			
M. long supin. dr......	2	3'5[3])	19	—(20)	—(20)	6,7
— — gauche.	2	4	15	—(20)	—(20)	7
M. rad. ext. droit......	5[4])	5*)	—(17)			7,5

*) L'étoile près du chiffre indique une contraction lente (träge Zuckung).

[1]). C'est-à-dire qu'il n'y avait pas de contraction au maximum d'intensité du courant ne dépassant pas 30 MA.

[2]). A l'exploration faite au mois de janvier 1886 AFC > CFC ; contraction un peu lente.

[3]). A 10—25 MA, contraction vive, mais prolongée, c'est-à-dire tétanos anodique.

[4]). *Réaction convulsible.* — Série de contraction ; a 5,5 une seule et courte contraction.

	CFC.	AFC.	AOC.	COC.	CFc.	Courant faradique.
M. rad. ext. gauche.. ..	4	4	16			7,5
N. médian droit.......	2,5	8	6	15		8
— gauche......	1,5	3	3	—	9	8
N. radial droit..........	1,5	13	4	14	14	7,2
M. sus-épin. droit et g.	—	—	—	—	—	6

M. opposant du pouce, adducteur et fléchisseur propre du pouce droit et gauche 6.
M. pectoral, grand dorsal, omo-hyoïdien, sterno-cleido-mastoïdien.
M. fléchisseur com. des doigts, extens. com. des doigts, 1er rad. ext. (flex. carp. rad.).
M. cubital antér. des deux côtés et tous les muscles de la cuisse 8.

Les *réflexes des tendons* rotuliens et du tendon d'Achille sont légèrement exagérés, le clonus du pied manque. Les réflexes tendineux n'existent pas au bras. Les réflexes aponévrotiques, dans le grand droit antérieur des deux côtés et les muscles du mollet sont légèrement exagérés, on ne les obtient pas dans les membres supérieurs. L'excitabilité mécanique est exagérée dans les supinateurs de chaque côté.

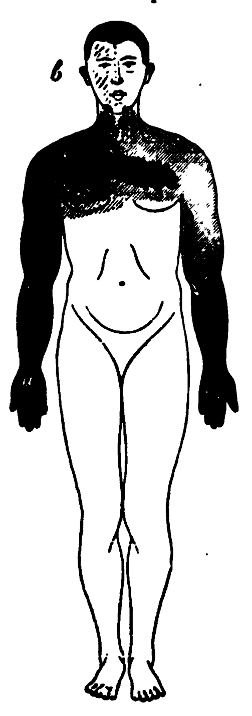
Les *réflexes cutanés* de la plante du pied ne présentent pas d'altérations marquées; les réflexes tactiles à droite sont plus accusés qu'à gauche. Les réflexes abdominaux et testiculaire ne se produisent pas.

Si l'on trace un trait sur la peau de la poitrine et celle des membres inférieurs, il reste longtemps une strie blanche, étroite (un peu saillante sur les cuisses) sur un espace hypérémié plus large. Aux membres supérieurs, les réflexes vaso-moteurs ne présentent pas d'altérations.

Sensibilité. — Le sens de la douleur est considérablement affaibli dans la partie supérieure de l'épaule droite, sur le cou du côté droit, un peu moins sur la nuque, où toute la région du nerf grand occipital paraît être atteinte, et encore moins dans la région du nerf trijumeau du côté droit. (V. *Fig.* 2.) La limite inférieure de l'analgésie coïncide à peu près avec la région des embranchements des nerfs axillaire et du sus-scapulaire. Au-dessus de la clavicule droite on observe, outre l'affaiblissement du sens de la douleur, un *ralentissement* marqué de la *conductibilité* des impressions douloureuses.

Dans la région analgésique, à l'exception de la face, on trouve un affaiblissement du sens de la température, dépassant pourtant de beaucoup les limites de l'analgésie, occupant les membres supérieurs et se dirigeant en une zone sur la partie supérieure de la poitrine, où elle est limitée en bas par le niveau des mamelons. Sur le dos, du côté gauche vers la partie inférieure, la thermo-anesthésie est diminuée et remplacée au-dessous de l'angle de

l'omoplate par la sensibilité normale ; du côté droit une anesthésie modérée du sens de la température se répand jusqu'à la crête iliaque. Le malade perçoit partout les différences de température de 4° en 4° sur le dos, à l'exception de la région des sus-épineux, où il a une anesthésie égale à celle des membres supérieurs. Mais sur la poitrine il ne perçoit pas de différence moindre de 5° et sur un certain espace de forme sémi-lunaire, dont la limite convexe supérieure correspond à la poignée du sternum et dont la limite inférieure passe horizontalement par le milieu de la place thermo-anesthésique située sur la poitrine, le malade ne perçoit même pas la différence de 15°.


Fig. 14.

La partie supérieure du bras droit et la partie inférieure du bras gauche ne perçoivent pas la différence de température entre + 50° et + 40°. Sur la limite des ramifications périphériques du nerf sus-scapulaire (par erreur non indiquée sur le dessin) se fait une amélioration rapide de la sensibilité thermique. Il est à remarquer qu'à mesure qu'on se rapproche de la ligne moyenne du côté droit apparaît d'abord la sensation de chaleur et des deux températures sus-indiquées le malade commence à percevoir d'abord la t° de + 50°, qui ne donne au malade qu'une sensation de tiédeur, mais du côté gauche au contraire, la perception du froid a été moins atteinte et là où + 50° n'éveillent pas un sentiment de chaleur, + 4° éveillent un sentiment de froid.

Des différences de 1° et moins se perçoivent sur le ventre et les membres inférieurs.

Le plus léger *attouchement* au pinceau se perçoit partout et se localise normalement. Dans les endroits analgésiques et thermo-anesthésiques, le sens du tact est en aussi bon état qu'ailleurs. A l'examen par le compas de Weber, on observe un phénomène qui, d'après mes observations, n'est pas rare : l'épaule supérieure, par exemple, ne perçoit qu'un seul attouchement — les pieds du compas étant écartés de cinq centimètres, tandis qu'en plaçant à tour de rôle les pieds du compas sur les mêmes endroits le malade indique avec une grande précision l'endroit de chacun de ces deux attouchements. En général, le sens de localisation est assez fin, même sur les doigts, où l'épiderme est fort épaissi. Au

bout des doigts les pointes du compas de Weber donnent la perception double d'attouchement du côté gauche à une distance de 3 mill., à l'exception du pouce où elle est obtenue à 4, du côté droit sur le petit doigt à 2, sur le quatrième doigt et le pouce à 4; sur les autres à 3; à l'avant-bras droit partout à 45 mill., et à l'avant-bras gauche du côté radial à 45 et du côté cubital à 50, sur les épaules à 50, sur le thorax du côté externe des deux côtés à 55, sur le dos à droite à 65, à gauche à 70.

Durant tout son séjour à l'hôpital, surtout les premiers temps, Job se plaignait continuellement de différents symptômes indéfinis subjectifs et faisait attention à ses sensations d'une façon peu habituelle aux gens de sa classe.

Le plus souvent, il se plaignait de différentes *douleurs*, par exemple : dans le côté droit par suite de la pression des côtes sur la crête iliaque ; puis dans les muscles de la cuisse, sur le côté gauche de la nuque, à l'avant-bras gauche, à la partie inférieure du ventre, dans le muscle deltoïde droit — toutes ces douleurs obtuses et de courte durée — une céphalalgie tenace généralement obtuse, durant pendant plusieurs jours de suite. Puis, de temps en temps, il se plaignait de picotements et simultanément d'une sensation plus forte du froid à l'épaule droite ; cette sensation a été remplacée par un sentiment de constriction.

En général, la main droite était la plus frileuse et transpirait davantage.

Le 23 août, il y eut état fiévreux et sur le côté cubital de la main gauche formation d'*une ampoule*, grande comme une noix, avec rougeur et gonflement œdemateux des parties environnantes; la rougeur s'étendait jusqu'à la moitié de l'avant-bras. L'ampoule creva, un liquide séro-veineux s'épancha ; le gonflement et la rougeur des parties voisines disparurent en quatre ou cinq jours, et il resta une petite ulcération granulée qui bientôt se cicatrisa.

Fig. 15.

Quant aux autres phénomènes qui eurent lieu pendant les douze mois que le malade passa à l'hôpital, ils ne présentèrent pas de changements : l'atrophie des muscles demeura stationnaire, le sens de la douleur à la face redevint normal ; mais en

revanche, il se développa un abaissement de la sensibilité douloureuse dans la plus grande partie de la région thermo-anesthésiée. La dernière augmenta sur le thorax; une raie de thermo-anesthésie profonde, parut nettement limitée en haut par le niveau de l'ombilic, en bas par les expansions nerveuses supérieures du plexus lombaire (*fig.* 3)[1]. La thermo-anesthésie se répandit sur la totalité du corps à un degré plus ou moins élevé et descendit le long des faces internes et externes des cuisses, où du reste elle était très peu accusée. On n'observa pas de perversion des sensations thermiques. Le degré de la thermo-anesthésie présentait des variations assez considérables à des moments différents[2].

Une difficulté de miction se présenta plusieurs fois, mais sans qu'elle durât plus de quelques jours; cet accident se passa sans qu'on ait eu besoin de recourir au cathétérisme. L'état général du malade s'améliora peu. Le traitement consistait principalement dans la galvanisation de la moelle épinière et des bains tièdes. Le premier temps, on administrait au malade de l'iodure de potassium qui agissait défavorablement sur son état général et fut par suite abandonné.

. . . . . .

Dans ce dernier cas, les symptômes sont des plus caractéristiques. Une analgésie partielle, isolée ou coïncidant par endroits avec une partie de la région thermo-anesthésique et se limitant par la partie supérieure du corps; faiblesse et atrophie musculaire nettement accusée dans la sphère de l'anesthésie partielle, des troubles trophiques de la peau, un panaris dans les antécédents. Autant de symptômes fondamentaux, caractéristiques de la gliomatose de la moelle épinière. Une série d'autres symptômes qui s'associent à ceux-là avaient été remarqués dans le premier cas et en partie observés par divers auteurs :

[1] Elle est représentée trop bas sur le dessin.

[2] Par exemple à la nuque : le degré qu'elle atteignait d'abord était comme c'est marqué sur le dessin de I. 87. Dans cet endroit une différence thermique de 50° n'était pas perçue des deux côtés et à IV, 87, le malade percevait la différence de 10°.

des soubresauts musculaires, de la scoliose, des troubles subjectifs de la sensibilité, de la préoccupation de sa santé. Sans parler de la lésion des nerfs périphériques, nous ne connaissons pas d'autre affection qui pourrait provoquer une lésion progressive des cornes postérieures et antérieures de la substance grise de la moelle épinière, ayant une symptomatologie semblable.

Observation III.

Homme de cinquante-quatre ans. — Thermo-anesthésie partielle et analgésie sous forme hémiplégique. Plus tard lésion du côté opposé. — Paresthésies. Douleurs. Hypocondrie. — Aggravation sous l'influence du traitement mercuriel. — Amélioration survenue plus tard.

M. B..., âgé de cinquante-quatre ans, est un militaire en retraite. Le père avait souffert de céphalalgies intenses, le frère s'est suicidé. Le malade avait joui d'une santé parfaite, avait fait de nombreuses campagnes, s'était impunément exposé à diverses influences nocives, surtout rhumatismales. Du reste, il tousse depuis sa jeunesse, par moments très fort, et les accès de toux sont accompagnés de fortes douleurs à la nuque.

A l'âge de vingt-neuf ans il contracta la syphilis; il s'était régulièrement soigné et n'a pas eu d'accidents tertiaires. A l'âge de quarante-cinq ans, chancre mou. La maladie actuelle, à l'avis du malade, commença depuis le mois d'octobre 1883 par un changement de sensibilité dans le membre inférieur droit; sa jambe lui semblait étrangère, il y éprouvait une certaine sensation qui la lui faisait paraître plus lourde. En été 1884, durant deux, trois semaines, il se développa dans le bras droit un état semblable à celui qu'il éprouvait dans la jambe et présentant des variations d'intensité considérables.

Etat actuel (janvier 1885). — Bonne nutrition; la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, le squelette n'ont pas subi de changements. Emphysème considérable et bronchite chronique. Catarrhe chronique de l'estomac; tendance à la constipation; foie légèrement augmenté; le cœur est normal, les vaisseaux athéromateux. Pas de traces de syphilis. L'urine n'a pas subi d'altérations pathologiques.

Motilité. — Membres inférieurs. Pas d'altérations objectives; le

malade marche beaucoup et bien ; la jambe droite et plus lourde subjectivement. Membres supérieurs : les petits mouvements de la main sont moins adroits, l'écriture est restée presque inaltérée. Il serre le dynamomètre avec une force de 27 k. à droite et de 34 à gauche. Le triceps droit est un peu plus faible que le gauche. Tous les autres muscles sont également et suffisamment forts des deux côtés. Les fonctions des muscles du thorax, du cou, de la nuque et de tous les nerfs moteurs crâniens sont complètement normales. Les *réflexes* du genou sont conservés ; ils manquent dans les tendons du *triceps brachial ;* les *réflexes* plantaires *cutanés* n'ont pas subi de changement; les réflexes abdominaux sont nettement accusés des deux côtés.

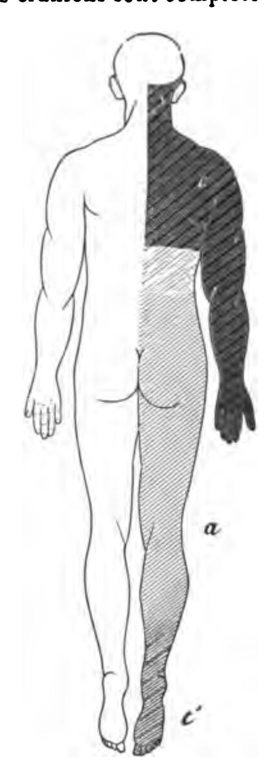


Fig. 16.

Sensibilité. — Une série d'altérations subjectives : le malade se plaint éternellement de sensations indéfinies dans les membres droits qui tiennent toujours son attention en éveil ; tantôt c'est un sentiment d'incommodité, de pesanteur, de chaleur, etc., tantôt de la pesanteur de la tête, chaleur dans le côté gauche et le dos au moment de la toux. Des douleurs presque constantes à la nuque, tantôt à droite, tantôt à gauche. Objectivement : *Analgésie considérable* dans la sphère de distribution de nerfs de la partie supérieure de la moelle épinière du côté droit, nettement limitée par la ligne moyenne (*fig.* 4). En haut et en arrière, l'analgésie s'élève jusqu'au milieu de la nuque, en avant, jusqu'à la région innervée par le trijumeau, descend un peu au-dessous du mamelon pour se terminer au même niveau par derrière. Sur la partie inférieure du thorax, entre le côté droit et le gauche, il n'y a presque pas de différence dans la sensibilité à la douleur; sur le membre inférieur droit, cette dernière est abaissée, plus encore dans les parties périphériques ; mais ici également la piqûre provoque une sensation de douleur.

Le *sens de la température* est très abaissé dans la région analgésique; le membre inférieur droit, par exemple, ne sent pas la différence de 10°. Pour la face, elle est de 1 1/2 et moins, de même que pour toute la moitié gauche du corps. Sur le membre

inférieur droit le malade perçoit de petites différences thermiques de 2-3°, mais toujours en comparaison du côté gauche, il existe une certaine anesthésie. Le *sens de la pression* examiné sur la paume et le dos de la main paraît égal des deux côtés ; le malade est assez inattentif et ne perçoit que les différences de pression de 1/2 ou de 3/4 (au baresthésiomètre de Kowalewsky). *Il sent bien le plus léger attouchement* et localise régulièrement des deux côtés.

Le compas de Weber ne donne que par places des chiffres un peu plus élevés pour le côté droit ; par exemple : côté gauche, bouts des doigts — 2, 3 mil., le pouce — 3, 4. Côté droit, bouts des doigts — du deuxième, troisième — 5 mil., quatrième et cinquième — 2 mil., pouce — 3 mil. Paume de la main gauche 12, droite 30 mil., partie inférieure de l'avant-bras gauche par devant 20, du droit 40 mil.

Le *sens musculaire* est conservé. *Organes des sens.* — La vue, d'après l'examen de M. Maklakoff : fond de l'œil, champ visuel, ne présentent pas d'altérations ; l'étendue de l'accommodation est diminuée ; l'acuité visuelle est normale ; les muscles normaux. L'ouïe est normale ; le malade éprouve dans l'oreille gauche un bruit synchronique avec le pouls. L'odorat est conservé.

Sphère psychique. — Préoccupation de sa santé, douleurs obtuses, impossibilité de s'abstraire de n'importe quelle sensation douloureuse quoique légère, une humeur triste ; l'activité intellectuelle est normale. Le sommeil est bon.

Mois d'août 1885. — Au printemps, le malade avait pris de l'iodure de potassium et suivi un traitement à la station thermale d'Essentouky en été. Amélioration considérable des phénomènes subjuctifs ; le bruit d'oreille a disparu. L'analgésie et la thermanesthésie du thorax sont descendus de cinq travers de doigts. Le nerf trijumeau est en bon état ; les autres symptômes du système nerveux n'ont pas subi d'altérations.

Mars. — Au mois de décembre 1885, le malade éprouva une douleur très pénible à la nuque. Il vient de terminer un traitement énergique antisyphilitique, entrepris selon le conseil d'un autre confrère (friction et KJ.). Les douleurs ont cessé au début même du traitement ; tous les autres symptômes ont empiré. Le malade a beaucoup maigri, la bronchite empiré, le foie augmenté, le cœur faibli. *Membres supérieurs* : les mouvements de l'articulation de l'épaule sont plus faibles, la main gauche ne s'élève pas du tout au-dessus de la ligne horizontale. Au dynamomètre : main droite, 14 ; gauche, 15. Douleur sourde continuelle, devenant par moments plus aiguë dans l'articulation de l'épaule gauche ; la motilité passive y est un peu limitée par les muscles qui se contractent ; point d'altérations anatomiques notables dans les articulations. Le malade se plaint principalement

de l'épaule, d'une constriction pénible éprouvée dans la cuisse droite et des paresthésies antérieures. Les troubles objectifs de la sensibilité ont considérablement augmenté. (*fig.* 5.) Dans la région du nerf grand occipital des deux côtés de tout le nerf trijumeau droit et de la branche supérieure du trijumeau gauche il s'est développé une thermo-anesthésie et une analgésie considérables. Ces mêmes troubles se sont étendus à la sphère du sus-scapulaire gauche par derrière. En outre, à droite, l'analgésie descend par devant et par derrière en s'affaiblissant jusqu'à la fesse et le pli de l'aine.



Fig. 17.

Outre les endroits cités plus haut, une thermanesthésie, quoique peu profonde, s'observe sur les membres inférieurs, sur le membre supérieur gauche et les parties du thorax restés auparavant libres. Dans tous ces endroits le malade ne perçoit que la différence 3-4°. Ainsi un degré plus ou moins élevé de l'anesthésie du sens thermique a occupé la totalité de la surface du corps.

L'*attouchement par un pinceau de crin* est très bien perçu partout, mais moins distinctement à droite qu'à gauche sur la paume des mains et les doigts. Sur les paumes de la main, le malade ressent une pression de 300 grammes comme si c'était un attouchement. Le malade perçoit l'augmentation du poids de 400 à 450 grammes, tout cela d'une manière égale des deux côtés. Il sent une pression de 100 à 200 grammes sur le dos et une augmentation de 40 grammes.

Mai 1886. — Une amélioration considérable de tous les phénomènes est survenue à la suite de pointes de feu appliquées sur le dos et le traitement par le courant constant. Le thorax au-dessous des mamelons, tout le membre supérieur gauche et les membres inférieurs perçoivent maintenant la différence de température de 1 1/2°; à gauche au-dessus du mamelon de 2°. Le degré de la thermanesthésie de la face et de la nuque avait considérablement diminué, et ce n'est que dans la partie supérieure de l'épaule gauche qu'elle est comparativement plus grande que dans les endroits symétriques du côté droit (atteinte plus tôt). Là une différence de 2° est encore perçue, tandis qu'ici le malade ne perçoit que 4° de différence. L'état général est bien meilleur.

1887. *Janvier.* — Point d'altérations motrices nouvelles. La force des extrémités supérieures a augmenté. Le dynamomètre indique 34 à droite, 50 à gauche. Sécheresse de l'articulation de l'épaule gauche, craquement, limitation des mouvements passifs par la tension des muscles. Point d'épaississements de l'appareil ligamenteux et d'altérations notables des extrémités articulaires. Pas d'atrophie musculaire ni à l'épaule gauche, ni dans d'autres endroits. Pas de troubles trophiques de la peau. La région de l'anesthésie a de nouveau augmenté, son caractère est resté le même. L'analgésie coïncide avec une anesthesie thermique. Toute la face est légèrement atteinte ; la nuque, de même que les épaules, le sont davantage. Le membre supérieur gauche a été bien moins atteint; de même la moitié gauche du thorax (en haut jusqu'à la clavicule) et le pied gauche. Ici, comme à la face, le malade perçoit la différence t° de 2 à 3° ; des piqûres d'épingles assez faibles provoquent une douleur aussi bien qu'un courant induit modéré ; tandis qu'à la partie supérieure de la moitié droite du thorax, qui perçoit un courant induit faible, le courant le plus intense ne provoque pas de douleur et qu'une piqûre profonde ne produit que l'effet. d'un attouchement. Le membre inférieur droit est dans le même état qu'il présentait au premier examen. Mais sur le thorax, l'anesthésie thermique, l'analgésie du côté droit sont descendues encore davantage; une zone d'anesthésie tactile de la largeur de 15 centimètres est venue s'ajouter aux anesthésies précédentes; cette zone est limitée en haut et en bas par des lignes horizontales, tandis que par derrière et par devant elle s'étend jusqu'à la ligne passant par le plan médian du corps. L'ombilic occupe le milieu de sa limite antérieure. Les phénomènes subjectifs sont demeurés dans le même état. Hypocondrie marquée ; des sensations diverses sont éprouvées dans le dos et le ventre : le malade est obsédé par la crainte de toutes sortes de maladies qu'il découvre en lui, comme du cancer, de la phtisie, etc. L'état général du malade s'est considérablement amélioré pendant l'été qu'il a passé à Essentouky, où le malade prenait des bains tièdes et buvait de la source alcaline n° 17 avec du lait.

Le caractère hémiplégique des troubles existants chez ce malade dans le premier stade de la maladie, faisait supposer l'existence d'un foyer (d'origine athéromateuse) siégeant dans le cerveau. Une apparition plus tardive d'un segment analgésique sur l'épaule, du côté opposé, fit douter de la justesse de

cette supposition; la délimitation caractéristique des régions à sensibilité altérée (sur la nuque et le thorax), des troubles prédominants des membres supérieurs, la participation du nerf trijumeau des deux côtés, ne laissaient pas douter que, dans ce cas également, nous ayons affaire à une lésion des cornes postérieures de la moelle épinière et de la racine ascendante du trijumeau. Rien que ces phénomènes d'anesthésie partielle à distribution d'abord hémiplégique et ensuite asymétrique, délimité non par les expansions des nerfs sensibles, mais par des lignes plus horizontales, sont, à notre avis, des signes typiques de la gliomatose de la moelle épinière. Des paresthésies, des douleurs excentriques de la nuque, l'arthropathie de l'épaule sont des signes caractéristiques, confirmant le diagnostic. A ces derniers, il faut ajouter l'hypocondrie qui, chez notre malade, s'était manifestée à un degré très marqué.

Observation IV.

Demoiselle âgée de vingt-sept ans. — Des douleurs, de l'analgésie et de la thermo-anesthésie partielle du membre supérieur droit; atrophie des muscles de la main; des tiraillements convulsifs.

Mlle S..., âgée de vingt-sept ans, vient me consulter le 24 avril 1886 à l'occasion des douleurs qu'elle éprouvait dans la main droite.

Etat actuel. — La malade est pâle, maigre, mais ne présente pas de troubles du côté des organes de la digestion, de la circulation et de la respiration. Les règles durent une semaine environ et s'accompagnent de vertiges légers. Le squelette est bien régulier, la peau ne présente pas d'altérations trophiques. Toute la musculature est amaigrie. Les muscles thénars et hypothénars de la main droite sont modérément atrophiés. A l'examen par les courants constants et induits, on n'observe pas de diminution de l'excitabilité nerveuse et musculaire, comparativement au côté

opposé; on ne remarque non plus aucune réaction de dégénérescence.

Les mouvements ne sont troublés que dans le membre supérieur droit; ici, ils sont considérablement limités, surtout dans les parties périphériques du membre, par suite des douleurs qu'ils provoquent. La parésie paraît manquer. De temps en temps, des mouvements convulsifs et des spasmes se produisent dans les muscles interosseux et parfois aussi dans les autres muscles de la main et de l'avant-bras. La malade se plaint d'une *douleur* sourde et profonde siégeant dans le membre supérieur droit, surtout dans la main. Toute secousse, tout mouvement actif, l'effroi, l'émotion, la toux provoquent ou augmentent la douleur à un degré plus ou moins considérable et pour plus ou moins longtemps. La sensation vague de douleur existant presque continuellement augmente aussi au moment du refroidissement de la main. Outre la douleur, existe une forte hyperesthésie de la peau: les plis de la robe, la moindre secousse irritent le bras sans provoquer de douleur locale, mais en produisant une agitation sympathique, irradiée du centre; la douleur s'irradie le long de tout le membre et est ressentie dans ses parties superficielles et profondes. Le plexus brachial est douloureux par places à la pression. Une pression produite sur les nerfs et les muscles périphériques augmente la douleur générale, mais on ne réussit pas à déterminer l'endolorissement local de tel ou tel autre organe.

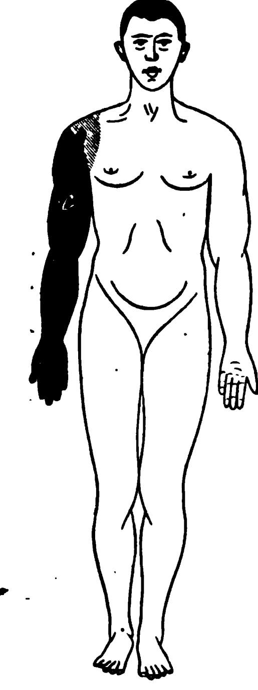


Fig. 18.

Sensibilité. — Membre supérieur droit. Le plus léger attouchement est partout perçu et bien localisé par la malade. La sensibilité à la douleur est abaissée dans es parties périphériques du membre; on la trouve en meilleur état à mesure que l'on observe plus haut et elle est normale à la partie supérieure de l'épaule. (Fig. 6.)

Le *sens de la température* est abaissé dans la même région que la sensibilité générale. Les mains ne sentent pas la différence de t° entre 17 et 28°. La malade trouve qu'une température de 7° est plus chaude que celle de 25°. Pourtant elle perçoit la différence entre 32 et 26°, car 32° provoquent une sensation de chaleur et une t° de 26° ne la provoquent point. A l'avant-bras, elle sent la

différence de 6°, mais à la partie supérieure de l'épaule elle peut percevoir une différence moindre de 2°.

Membre supérieur gauche. — Toutes les espèces de sensibilité sont normales; douleurs sourdes de temps en temps, mais pas de douleur à la pression.

La sensibilité est normale dans le reste du corps. Les organes du bassin, les organes des sens et la sphère psychique sont normaux. Les réflexes tendineux sont conservés. A la face, sur la poitrine et le dos se produisent facilement des taches rouges. Pas de changement dans la sécrétion sudorale.

Antécédents du malade. — L'époque à laquelle parut la thermanesthésie du membre supérieur droit nous est inconnue. Il y a deux ans, au moment où le malade travaillait, une douleur se dirigeant vers le pouce le long de l'avant-bras droit parut pour disparaître bientôt après. Cette douleur se répétait à un degré plus élevé et de temps en temps survenaient des mouvements convulsifs dans les doigts. Tantôt la douleur disparaissait pour toute une journée, tantôt elle reparaissait plusieurs fois par jour et cessait bientôt. Dès le début de l'apparition de la douleur, le bras commence à faiblir.

L'amaigrissement de la main débuta aussi en même temps que survint la douleur.

La cause de la maladie nous est inconnue. La malade habite la campagne du gouvernement de Kalouga et s'occupe d'ouvrage manuel. Pas de neuropathies, ni de tuberculose, ni de syphilis dans la famille. Ses parents avaient eu onze enfants : cinq d'entre eux sont morts à différents âges, les autres jouissent d'une bonne santé. La malade jouissait en général d'une bonne santé; les règles parurent à l'âge de dix-sept ans; dès cette même époque, elle commença à maigrir sans aucune cause apparente.

D'abord on administra à la malade le traitement par le massage à la suite duquel l'hypéresthésie des parties périphériques diminua, mais les douleurs montèrent et parurent dans la région scapulaire, près de la clavicule et à la partie supérieure du bras à la moindre secousse. L'articulation de l'épaule restait normale.

On administra des vésicatoires sur la nuque et le plexus brachial : les douleurs se calmèrent un peu, les autres phénomènes restèrent sans changement. La malade éprouva une seule fois une douleur sourde dans tout le membre supérieur gauche; mais cette dernière avait un caractère légèrement différent de celle du côté droit. La malade ne passa qu'un mois à Moscou, après quoi elle partit pour la campagne.

Tous les symptômes (atrophie musculaire, anes-

thésie partielle, douleurs) se localisèrent ici presque exclusivement dans un seul membre.

Malgré le tableau clinique simulant une affection périphérique, nous n'avons pourtant pas affaire à une lésion des nerfs périphériques : 1) La sensibilité est altérée plus que le mouvement ; 2) des degrés différents d'anesthésie et la sphère anesthésiée sont tous limités par des segments du membre et ne coïncident pas avec la région de la distribution des cordons nerveux séparés ; 3) on ne saurait admettre l'action de quelque cause locale d'origine traumatique ou autre produisant la lésion de tous les nerfs du membre supérieur droit au-dessous de l'épaule ; 4) nous ignorons l'existence d'une anesthésie partielle du sens de la température dans le courant d'une affection des nerfs périphériques. Cette circonstance parle contre une pachyméningite cervicale hypertrophique. Une lésion de la substance grise dans la moitié droite du renflement cervical de la moelle épinière, ayant le même caractère que celle des cas précédents, explique parfaitement les symptômes cliniques. Des altérations trophiques existent probablement dans les muscles, de même que leur hyperémie associée peut-être à celle des cordons nerveux, ce qui explique leur sensibilité douloureuse à la pression.

Observation V.

Homme de trente ans. — Thermanesthésie partielle généralisée. — Anesthésie limitée de la main. — Paresthésies. — Atrophie musculaire progressive de la main. — Phelgmon, panaris, etc., dans les antécédents du malade.

Mathieu Bélialeff, âgé de trente ans, jardinier, est né et demeure à Verknié-Kottey, à 4 lieues de Moscou.

Il n'y a jamais eu de cas d'atrophie musculaire, de paralysies, de psychoses, etc., dans sa famille. Son grand-père était un vieillard robuste, mort il y a trois ans. Son père est mort quatre ans plus tôt d'une maladie aiguë. Sa mère vit encore et donna le jour à quatorze enfants. Dix d'entre eux sont morts à des âges différents; outre le malade sont restées vivantes deux filles adultes et un fils, se portant bien. Mathieu se maria à vingt-un ans et devint père de six enfants, qui moururent dans la première enfance, à la suite de diarrhées; une seule fille, âgée de quatre mois, est en vie. Il s'occupe de jardinage, s'expose à diverses influences atmosphériques nocives, mais ne se souvient pas d'avoir eu de refroidissement intense; pas de traumatisme du dos, ni de travail épuisant autant qu'il s'en souvienne. Jamais il n'a eu ni syphilis, ni fièvre intermittente. Pas d'excès alcooliques ni vénériens. En fait de maladies antérieures, Mathieu ne se souvient que d'une hydropisie (œdème des membres inférieurs et des testicules), dont il était atteint vers l'âge de quinze ans, à l'hôpital des enfants.

Vers l'âge de vingt ans, vertiges au lever du lit. Durant quinze jours auparavant, le malade s'était mal nourri (c'était le carême).

A l'âge de vingt-un ans, il se forma dans le tiers inférieur de l'épaule, du côté interne, un abcès de la grosseur d'un œuf de poule. Il fut ouvert à l'hôpital; la maladie se termina au bout de trois semaines. Le gonflement ne s'était pas étendu à toute la main. Il y a six ans, le petit doigt de la main gauche enfla en même temps que la partie voisine de la main (l'enflure ne s'étendait pas jusqu'au bord radial), il se forma un abcès qui s'ouvrit entre les doigts et donna lieu à une plaie béante séparant les parties molles interdigitales et descendant du dos et de la paume de la main jusqu'au niveau des têtes métacarpiennes. La maladie dura près de cinq semaines environ. L'enflure de la paume était considérable et s'étendait jusqu'à la face dorsale de la main. L'avant-bras n'enflait pas. La douleur avait été parfois très intense. Le malade ne consultait pas les médecins et se contentait de fermer la plaie à l'aide de la charpie; tout se termina au bout de cinq semaines (l'abcès s'ouvrit quinze jours après le début de l'inflammation). Après la guérison de l'abcès (au printemps), les mouvements de la main étaient encore parfaitement normaux, mais depuis l'été, commença à paraître une crampe dans la première et la deuxième phalange de l'index et, vers le printemps suivant, il s'incurva; il se développa simultanément une faiblesse dans le petit doigt d'abord et dans tous les doigts ensuite, faiblesse qui se manifestait d'autant plus franchement que les doigts avaient plus froid. L'amaigrissement au début ne sautait pas aux yeux et ce n'est que depuis le moment où le pouce

commença à être gêné dans ses mouvements, il y a deux ans de cela, que le malade s'aperçut d'une petite excavation dans le voisinage du doigt et de l'amaigrissement des autres muscles interosseux. Depuis que la main s'était affaiblie, elle éprouvait des fourmillements et des crampes se produisaient tantôt dans un doigt, tantôt dans l'autre pour deux ou trois minutes. La faiblesse de la main continue à augmenter légèrement encore. Il n'y a pas eu d'augmentation de sueurs; une sensibilité au froid, se manifesta dès le début de l'affaiblissement. La sensibilité était bonne; il n'y avait pas de douleurs. De temps à autre, une fois par an par exemple, d'après le dire du malade, il se produisait une contraction idio-musculaire du muscle biceps brachial (apparition d'une petite boule semblable à celle qui se forme à la suite d'un coup sec sur le muscle). A la main droite, il y a près de deux ans, une crampe tonique commença à se produire tantôt dans un doigt, tantôt dans l'autre, rarement dans deux doigts simultanément, pour ne durer qu'une minute; elle était due à une contraction qui se produisait ou dans les interosseux, ou dans les longs fléchisseurs. Dans le courant de la dernière année commencèrent à se produire simultanément aux contractions des mouvements fibrillaires : le malade les sent; ils ne se produisent pas dans les mains seules, mais aussi dans l'avant-bras et l'épaule, et augmentent d'intensité par le froid. Il y a deux ans, une faiblesse se fit sentir également dans la main droite, mais au moment où elle est exposée au froid seulement — pas de faiblesse à une douce température. Depuis cette époque, se développa l'anomalie dans le petit doigt.

ETAT ACTUEL. — *Main gauche.* — Entre le pouce et le deuxième métacarpien, une excavation : les espaces interosseux sont aussi excavés. Le petit doigt est fléchi sous un angle de 100° dans l'articulation de la première phalange avec la deuxième. Il se redresse passivement presque jusqu'à 180°; les autres doigts sont aussi légèrement fléchis dans les articulations correspondantes; ils ne se redressent pas activement; mais passivement, cela se fait sans peine. L'extension active isolée dans les articulations interphalangiennes est impossible ; il se produit simultanément l'extension des articulations métacarpo-phalangiennes. Le thénar est très aplati, ainsi que l'hypothénar. La peau de la paume de la main est facilement dépressible; on n'éprouve aucune résistance au-dessous d'elle.

Le pouce peut être fléchi dans la première articulation et ramené vers la paume de la main, mais ces mouvements sont absolument impuissants. La flexion dans l'articulation métacarpo-phalangienne et l'opposition sont impossibles. Les autres doigts se fléchissent très faiblement, leur adduction et leur abduction sont égales à zéro. Le petit doigt est un peu déjeté et n'est pas

ramené vers les autres doigts. L'extension est forte dans l'articulation métacarpo-phalangienne et manque de force dans les autres. Les mouvements des articulations radio-carpiennes et les autres articulations des membres supérieurs ne sont pas atteints.

Contractilité électrique. — Courant induit (grand appareil de Stohrer), le court adducteur du pouce se contracte à 5°, le premier interosseux à 0, les autres muscles de la main ne se contractent point. Courant constant. Les nerfs sont normaux dans les muscles atrophiés, 30 éléments avec l'alternative de Volta ne provoquent pas de contraction.

Main droite. — Il n'existe nulle part de l'atrophie musculaire, le petit doigt est fléchi dans l'articulation entre les deux premières phalanges sous un angle de 150° et il est légèrement déjeté des autres doigts. L'extension passive ne réussit pas complètement. Activement le petit doigt ne se rapproche pas du quatrième doigt, quoique le quatrième doigt se rapproche de lui. La flexion du petit doigt dans l'articulation métacarpo-phalangienne est forte. Son extension dans les articulations interphalangiennes est considérablement affaiblie, les mêmes mouvements des autres doigts sont légèrement affaiblis en comparaison de l'état normal. Les mouvements de la main sont libres et forts, de même que tous les autres mouvements du membre supérieur droit. Souvent se produisent les mouvements fibrillaires décrits plus haut dans les extenseurs des pouces, du côté gauche dans le court abducteur et l'interosseux et parfois aussi dans les muscles de l'avant-bras. Ils se produisent de temps à autre pour deux ou trois minutes dans les muscles de la main droite alternativement des contractures spasmodiques décrites plus haut, mais à un degré peu marqué.

Point de phénomènes d'hypertonie musculaire. Les réflexes tendineux sont conservés dans la rotule; ils sont faibles dans le tendon d'Achille; les réflexes cutanés sont conservés.

Sensibilité. — Le malade sent et localise partout régulièrement l'attouchement par un cheveu; cela est moins bien senti sur les bouts des doigts, où la peau est légèrement épaissie. L'examen par le compas de Weber donne partout des chiffres dans les limites de la normale. Aux membres supérieurs: les bouts des doigts des deux côtés, 2 mill.; le dos de la troisième phalange, 6; de la première, 10. Main gauche, première phalange, face palmaire, 4-5; de la deuxième et troisième, 6 et 7; la paume de la main, 12; sur le dos de la main gauche, 2 centimètres et l'attouchement de chaque pied du compas séparément est très justement localisé par le malade, de même que l'attouchement dans chaque espace interosseux; tandis qu'un attouchement simultané fait sur deux espaces interosseux ne donne que la sensation d'un seul attouchement. L'attouchement du tendon

extenseur de chaque doigt se définit aussi d'une manière parfaitement juste. Le malade se trompe à l'avant-bras dans la localisation d'attouchements séparés à un ou deux travers de doigts dans la direction longitudinale et ne sent qu'un seul attouchement si on le touche avec les pointes du compas écartés de 5 centim. A droite, au milieu de la face dorsale de l'avant-bras les pointes du compas étant écartées de 7 centim., pris séparément, il localise les deux attouchements consécutifs d'une manière très précise, et à l'attouchement simultané des deux pointes, il ne lui paraît pas double. Le sens du lieu est très bien développé sur les membres inférieurs.

La *sensibilité à la douleur* examinée par de légères piqûres et par le courant induit paraît être parfaitement conservée sur toute la surface du corps. Le malade détermine infailliblement la différence de *pression* entre 300 et 350 grammes sur les paumes des mains. Le *sens musculaire* est conservé.

Le *sens de la température* est affaibli à un degré considérable sur toute la surface du corps ; il l'est un peu moins sur le front et la joue gauche, où le malade sent la différence thermique de 2 à 3° ; au maximum dans les membres supérieurs où le malade ne perçoit pas de différence de 25°, et à la partie supérieure du bras — de 40°, entre 0 et 40°. Aucune de ces températures ne provoque ici de sensations spécifiques de chaleur et de froid.

Le thorax et les membres inférieurs occupent le milieu dans l'anesthésie thermique. Il est à remarquer qu'ici la différence de 4° et de 2° et 1/21 parfois est justement définie, et ensuite une différence de 1 à 20° n'est pas perçue.

Durant tout le temps que le malade a passé à l'hôpital il se plaignait de toute une série de sensations subjectives : tantôt de céphalalgie, tantôt d'autre chose ; — les douleurs venaient et cessaient ; tantôt il sentait des picotements, tantôt des tiraillements dans la poitrine, — des fourmillements sous-cutanés, d'eau froide coulant sous la peau des membres inférieurs dans la direction du nerf sciatique, etc.

En général il suit, avec attention extraordinaire chez un ouvrier, les sensations les plus insignifiantes et se plaint de quelque chose au médecin à chaque visite.

Point d'altérations dans les autres sphères du système nerveux. Les organes des sens sont normaux, les pupilles sont égales, elles réagissent bien. Les nerfs moteurs de l'œil, de la face, la déglutition, l'articulation et les organes du bassin sont à l'état normal. Les organes internes sont en bon état. La complexion est solide.

Le malade ne resta pas longtemps à l'hôpital et sortit dans le même état. De temps en temps il venait se faire voir par moi dans le courant de l'année suivante.

8 *Janvier* 1883. — Les troubles du mouvement et de la sensibi-

lité ne présentent pas de changements notables. La main droite est subjectivement plus affaiblie.

Les muscles de la partie supérieure de l'avant-bras sont très rudes au palper, ne sont pas douloureux et « sont comme brûlants », selon l'expression du malade. Il lui semble qu'ils sont plus forts. La main plongée dans une cruche d'eau à 40°, « est comme dans un espace vide ». Les soubresauts persistent ; pendant l'examen on observe une série de mouvements de flexion et d'extension non rythmés et non étendus dans l'articulation interphalangienne du pouce de la main gauche ; simultanément il y a un tremblement et une trépidation rapide des muscles de la face interne de l'avant-bras ; si le malade, après avoir fortement serré le poing, ouvre la main droite, l'index reste pour une minute spasmodiquement fléchi. Mouvements fibrillaires comme auparavant.



Fig. 19.

9 *octobre* 1883. Depuis le mois de juillet, le malade sent un affaiblissement du sens de la douleur et du toucher à la moitié radiale de la main droite (fig. 7 et 8). Il occupe les trois premiers doigts et la radiale du quatrième ; sa limite va exactement au milieu de la paume de la main et de la face dorsale du quatrième doigt en descendant. Sur la paume de la main la ligne séparant la partie anesthésiée forme dans le tiers supérieur de la main une courbe qui contourne la partie inférieure du thénar et vient se joindre à la ligne frontière de l'anesthésie venant à sa rencontre du dos de la main, où sa disposition est semblable à celle qu'elle a sur la paume (fig. 7. et 8). Bientôt après l'apparition de l'anesthesie, commença à se développer, le gonflement de la main droite existant jusqu'à présent. Le dos de la main est œdématié dans sa partie supérieure, et sur la limite de l'articulation radio-carpienne ; l'œdème est de consistance plus solide ; il n'existe pas de fluctuation. La peau est rougeâtre, point de douleur, les mouvements sont peu limités



Fig. 20.

par l'œdème; il augmente par le travail ; au repos il ne persiste qu'au-dessus de l'articulation. Celle-là est sans changements appréciables. Dans la première moitié de 1883 une enflure semblable existait au-dessus de la maléole interne d'un côté, il ne disparaissait pas sous l'influence de l'iodure de potassium et de frictions, mais disparut tout seul, après avoir existé pendant plus de six mois.

26 *janvier* 1884. — L'œdème de la main a disparu, mais en revanche, on observe sur les faces palmaires et dorsales de l'articulation radio-carpienne du côté (radial) externe des intumescences de consistance molle et élastique, sans fluctation. Ils ne sont pas nettement limités, siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané, et sont de la grandeur d'un sou sur la face palmaire, et de dix centimes sur la face dorsale; ces tumeurs sont assez plates, la pression du doigt ne laisse pas de trace, on observe dans les os et les tendons de cette région rien d'anormal ; il n'y a point de douleurs.

Les sens du toucher et de la douleur sont abaissés, quoiqu'ils ne soient pas détruits, sur les mains et les doigts dans les limites antérieures. L'atrophie et la faiblesse de la main gauche sont restées stationnaires. A la main droite atrophie partielle des muscles du thénar, surtout dans la partie inféro-externe, et un commencement d'atrophie du premier muscle interosseux ; tous les mouvements du pouce sont conservés ; objectivement on n'observe point de faiblesse, mais le malade se plaint d'un affaiblissement du pouce et de la main.

28 *février*. — L'affaiblissement de la main droite progresse, il y a une légère main en griffe, l'extension complète des phalanges est impossible. Les muscles interosseux sont considérablement affaiblis et présentent un commencement d'atrophie. Le thénar et l'hypothénar sont atrophiés, le pouce est faible. Le malade serre assez fort le poing. L'état de sensibilité est partout demeuré stationnaire. Les tumeurs sont diminuées et devenues plus solides.

Le cas cité est très intéressant, grâce à l'extension de la thermanesthésie isolée, occupant la surface totale du corps.

Ce tableau remarquable de vaste lésion d'élection, rigoureusement systématique (au point du vue symptomatique), ne s'est compliqué que vers la fin de la maladie d'une altération des autres espèces de sensi-

bilité de la main. Ici la région occupée par l'anesthésie générale n'a pas seulement complètement répondu à la région innervée par un seul nerf, mais même aux limites de la distribution de deux ou trois branches nerveuses; elle donne peut-être quelque indication de la distribution topographique dans les cornes postérieures des nerfs sensitifs de la main. Dans ce cas, nous voyons, outre l'anesthésie partielle les altérations trophiques caractéristiques décrites par d'autres auteurs, des tumeurs pâteuses dans le tissu cellulaire, tantôt paraissant, tantôt disparaissant, le phlegmon, le panaris, la tendovaginite, etc.

Il est à remarquer que ce malade aussi nous a fait entendre toute une série de plaintes de sensations indéfinies et pas bien accusées; on n'entend des plaintes semblables que des hypocondriaques oisifs, elles sont d'autant plus caractéristiques qu'elles partent de la bouche d'un ouvrier. *last not least* — atrophie musculaire ayant le caractère de l'atrophie musculaire progressive protopathique spinale, pour laquelle elle avait été prise d'abord, lorsque je vis le malade au dispensaire, et l'examen ne fit pas découvrir d'anesthésie à la douleur et au toucher, et lui-même déclara que ses mains sentaient la différence entre la chaleur et le froid. Une anesthésie profonde du sens de la température avait ainsi échappé pendant très longtemps à l'attention du malade et ne fut déterminée par moi qu'à l'hôpital, quoiqu'elle pût être constatée sans aucune peine, si, n'ayant pas cru au malade, je m'étais contenté au moins d'une épreuve grossière, faute d'avoir mon thermesthésiomètre sous la main.

Tous ces symptômes permettent à peine de douter du diagnostic — gliomatose spinale et bulbaire — à tel point ils sont nombreux et caractéristiques. A la vérité, nous nous trouvons là pour la première fois en présence d'une anesthésie partielle du seul sens de la température, mais la première et la deuxième observation nous prouvent qu'elle peut exister seule dans certaines régions (entre autres dans celle du nerf trijumeau) en se combinant avec l'analgésie dans d'autres. Ici nous n'avons que l'absence de ces dernières régions (pas toujours grandes dans d'autres cas aussi), d'anesthésie partielle combinée et une augmentation considérable de la région de thermanesthésie isolée, occupant un espace considérable dans d'autres observations également.

L'atrophie musculaire associée à l'anesthésie partielle diffuse confirme le diagnostic définitivement; les petits mouvements spasmodiques des muscles sont très typiques et quant aux maladies chirurgicales du tissu cellulaire, aussi bizarre que cela puisse sembler de premier abord, leur liaison avec les symptômes fondamentaux de la maladie, contribue au tableau clinique de notre observation en lui prêtant ses traits caractéristiques. (*A suivre.*)

SUR UNE AFFECTION CARACTÉRISÉE PAR DE L'ASTASIE ET DE L'ABASIE [1]

(INCOORDINATION MOTRICE POUR LA STATION ET POUR LA MARCHE (CHARCOT ET RICHER). — ATAXIE MOTRICE HYSTÉRIQUE (V. MITCHELL). — ATAXIE PAR DÉFAUT DE COORDINATION AUTOMATIQUE) (JACCOUD);

Par PAUL BLOCQ, interne des hôpitaux.

III. DESCRIPTION DU SYNDROME. — Les observations qui précèdent nous permettront de tracer l'esquisse d'un tableau de cette affection.

Dans la plupart des cas, le début est assez brusque; à la suite d'une émotion vive ou d'un léger traumatisme, le trouble s'établit soit d'emblée, soit progressivement en l'espace de vingt-quatre heures. Il n'est pas rare qu'à ce moment il soit précédé ou accompagné de quelques phénomènes douloureux, tels que céphalalgie ou rachialgie.

Le désordre porte exclusivement sur les actes associés de la station debout et de la marche, qui sont empêchés à des degrés divers. Mais il importe, tout d'abord, de constater ce fait commun à tous les cas : lorsque le malade est assis ou couché, on n'observe rien d'anormal, quoiqu'il existe cependant quelquefois des altérations de la sensibilité cutanée des membres inférieurs. Mais, du moins dans les cas typiques, la puissance dynamométrique des muscles des mêmes membres persiste, la conscience musculaire est indemne; enfin, le malade exécute, avec force et précision, tous les mouvements qu'on lui ordonne. Ainsi

[1] Tome XV, n° 43, p. 24.

peut-on lui faire lancer un coup de pied, croiser ses jambes sous lui, atteindre avec le pied le but qu'on lui désigne, etc.

De plus, les membres inférieurs ne présentent ni mouvements involontaires, ni secousses.

Ce n'est que lorsqu'on commande au malade de se tenir debout et de marcher que se révèlent les anomalies. Celles-ci offrent, dès lors, quelques variétés dont il importe de tenir compte dans la description.

Dans certains cas, la station debout et, *a fortiori*, la marche sont complètement impossibles. Dès qu'on met le malade sur pied, en le maintenant sous les aisselles de chaque côté, on le voit fléchir comme si ses jambes étaient de coton, et il s'affaisserait s'il n'était soutenu. Cependant, contraste saisissant, le même malade, mis dans la position genu-pectorale, marche « *à quatre pattes* » sans aucune difficulté.

Dans d'autres cas, le malade se tient debout lorsqu'il est faiblement maintenu ; mais, dès qu'il s'agit de marcher, il ne fait guère que se traîner, soutenu de chaque côté par des aides : alors, les membres inférieurs restent accolés l'un à l'autre sans raideur, les pieds se détachant à peine du sol ; ces mouvements n'ont de la marche que l'alternance des actes des deux membres et ressemblent beaucoup à ceux d'un petit enfant qui apprend à marcher.

Il arrive aussi que, lors de ces essais de marche à l'aide de deux aides ou de béquilles, on constate divers mouvements contradictoires et incoordonnés : les jambes paraissent comme disloquées et s'embarrassent l'une dans l'autre, ou bien les membres, souples au lit et dans la station assise, se raidissent dès qu'ils

touchent le sol et se mettent convulsivement en demi-flexion à angle droit avec le tronc.

Enfin, dans une autre forme, la station et la marche ne sont plus que gênées au plus haut degré tout en restant néanmoins possibles.

Les phénomènes qu'on observe alors n'en sont pas moins caractéristiques.

Pendant la station, il se produit des mouvements de brusque flexion des genoux suivis d'une extension très rapide; à chacune de ces flexions des membres correspond une flexion du tronc sur le bassin et, aussitôt après, un mouvement d'extension du corps. L'ensemble de ces actes rappelle assez ce qui se passe lorsqu'on donne, à l'improviste, un coup sec sur le creux du jarret, le membre étant dans l'extension. Ces contorsions capitales entraînent des mouvements secondaires compensateurs des membres supérieurs et de la tête, destinés à maintenir l'équilibre autant que possible et à prévenir la chute. Ces troubles s'accentuent de plus en plus pendant la marche en restant semblables; il y a même flexion de la cuisse sur la jambe et du tronc en avant, suivis de redressement ayant lieu à chaque pas. Même alors, l'extension consécutive à la flexion des jambes peut être à ce point intense qu'elle détermine un véritable saut, pendant lequel le corps tout entier est projeté à quelques centimètres au-dessus du sol.

En tout cas, ces mouvements sont irréguliers et non rythmés; quelquefois, ils sont inégaux des deux côtés du corps.

On observe aussi qu'il se produit, seulement pendant la station et la marche, des oscillations du corps

en avant et en arrière ou de droite à gauche, par une série d'efforts, pour maintenir l'équilibre, qui dépassent le but.

Ajoutons, enfin, qu'à son moindre degré, le trouble peut ne consister qu'en une sorte d'incertitude de la station et de la marche, figurant assez la marche pieds nus, sur un sol rocailleux, chez des individus inaccoutumés.

L'influence de l'occlusion des yeux est inconstante; toutefois, elle paraît d'habitude aggraver le désordre.

Les réflexes tendineux sont normaux dans la majorité des cas, et il n'existe pas non plus de clonus du pied.

Un point intéressant à relever, c'est que des modes de progression autres que la marche normale peuvent persister : tels, le saut, l'acte de grimper, la marche à cloche-pied, la marche à quatre pattes. Nous n'avons pu faire d'observations concernant d'autres combinaisons musculaires comme la danse, la natation, le patinage, etc.; ces constatations seraient du plus grand intérêt, et nous les signalons dans ce but.

Il arrive ainsi que quelques malades se créent des procédés de translation particuliers, par exemple « en sautant comme une pie » ou à l'aide d'une chaise sur laquelle le malade s'asseoit et qu'il soulève avec ses mains en la faisant progresser par petits sauts, mouvement dont nous sommes coutumiers pour, étant assis, nous rapprocher légèrement d'une table sans nous lever.

Le fait capital reste, en somme, l'intégrité des actes musculaires dans le décubitus, et leur non-appropriation à l'accomplissement aux fonctions spéciales de la

station et de la marche, d'où la justification des termes *astasie* et *abasie* que nous avons proposé d'adopter.

Dans beaucoup de cas, l'examen complet et approfondi du malade ne décèle rien de plus que cette incoordination motrice fonctionnelle. Dans une observation, toutefois, nous avons cru devoir ranger la malade dans la catégorie que nous décrivons, quoique les fonctions des membres inférieurs fussent, au repos, altérées à un certain degré, parce que leur impotence était insuffisante à expliquer les troubles de la station et de la marche, qu'on pourrait considérer ici (Obs. X) comme étant survenus à titre de complication.

M. Babinski nous a également communiqué un cas de ce genre, dans la relation duquel il est dit : « Lorsque la malade est au lit, elle peut bien étendre la jambe sur la cuisse, et elle résiste assez énergiquement lorsqu'on veut fléchir le membre... Cependant, la station n'est possible qu'avec des aides. »

Assez fréquemment (5/11 de nos observations), les désordres du mouvement sont accompagnés des phénomènes révélateurs de la diathèse hystérique, tels que : ovarie, zones hypéresthésiques, analgésiques, rétrécissement du champ visuel, troubles sensoriels divers, attaques, qui devront, par suite, toujours être recherchés avec le plus grand soin dans les cas semblables. — Enfin, on prévoit les cas où les phénomènes de l'*astasie* et de l'*abasie* se trouveront entremêlés avec des symptômes révélateurs d'une affection organique spinale.

A part cela, toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement et l'état général reste bon.

D'après nos observations et la description que nous en avons tirée, il est déjà possible de distinguer plusieurs formes d'astasie et d'abasie correspondant aux divers degrés auxquels les fonctions station et marche sont atteintes. Celles-ci sont, en effet, *amoindries*, *abolies* ou *troublées*, également ou inégalement l'une par rapport à l'autre, et l'on rangera aisément nos faits dans l'une de ces catégories. On conçoit, du reste, qu'il puisse exister de nombreuses variétés dans l'espèce sans que, pour cela, l'individualité du type en soit compromise.

La marche de cette affection est assez capricieuse; ainsi, le trouble, déjà établi depuis plusieurs mois, a pu, dans un cas, disparaître complètement pendant vingt-quatre heures, pour réapparaître et persister ensuite assez longtemps. Toutefois, d'ordinaire, l'état stationnaire dure et est suivi de la cessation brusque du désordre. Sa durée a varié entre trois et quinze mois, mais la guérison a été jusqu'à présent la règle. Le pronostic serait donc à peu près toujours favorable. Cependant, il faut compter avec les récidives : elles se sont produites chez deux de nos sujets. Ajoutons que la bénignité de cette affection ne saurait être sans doute applicable à tous les cas; il serait prématuré de décréter à ce sujet des règles absolues, et nous avons fait allusion déjà aux cas où le syndrome *abasie-astasie* viendrait se combiner aux symptômes d'une affection organique.

Diagnostic. — Les caractères fondamentaux de l'affection sont assez particuliers et assez saisissants pour, qu'une fois l'attention attirée sur ce point, il soit impossible de la confondre avec toute autre espèce d'im-

puissance motrice des membres inférieurs, quelle qu'elle puisse être. Cependant, le diagnostic est difficile dans quelques cas, et, dans la plupart des relations que nous donnons, des erreurs grossières ont été commises à cet égard, même par des médecins distingués. De plus, l'emploi d'un diagnostic différentiel rigoureux confirmera l'autonomie du syndrome que nous étudions.

Dans le cas où l'impossibilité de la station et de la marche n'est pas absolue, le contraste entre ce qui s'observe au repos et lors de la marche peut faire songer à l'ataxie locomotrice; il y a, en effet, ataxie, si ce mot est pris dans sa signification la plus large (de fait, ce diagnostic a été porté au sujet de la malade de notre observation I), mais ce n'est pas l'ataxie tabétique. Dans le tabès, les membres inférieurs se dérobent souvent, mais jamais de façon à constituer l'obstacle unique à la progression. La marche du tabétique offre des particularités connues bien différentes (projection du pied en avant). Mais, surtout, le malade au repos offre toujours de l'incoordination pour tous les mouvements des membres inférieurs. Enfin, il existe d'autres signes : absence des réflexes, troubles oculaires, douleurs fulgurantes, troubles vésicaux, etc., tout à fait spéciaux.

Lors de la maladie de Friedreich, l'incoordination se manifeste également, le malade étant assis ou couché et affecte aussi les membres supérieurs; de plus, le nystagmus, l'embarras de la parole, la perte des réflexes, la marche même de la maladie ne permettront pas de douter longtemps.

Le trouble que Briquet puis Lasègue ont nommé

ataxie hystérique, c'est-à-dire l'incoordination motrice qui se manifeste sur des membres privés du sens musculaire et articulaire lors d'occlusion des yeux, n'est nullement comparable à l'astasie, de par cette seule définition.

Lorsque la station et la marche sont complètement impossibles, il serait permis de croire à une paraplégie hystérique, et cela d'autant mieux qu'on décèle assez fréquemment des stigmates hystériques chez nos malades, et que souvent aussi l'occasion du développement de l'affection porte à croire à une paralysie psychique. Or, on sait que la paralysie hystérique se présente sous deux formes cliniques typiques qui, au premier abord, semblent séparées, mais qui, en réalité, se rattachent l'une à l'autre par des cas intermédiaires qui font la transition. Dans un premier groupe, la paralysie est avec flaccidité, dans l'autre, la paralysie est avec rigidité.

Dans ce dernier cas, la contracture est trop facile à distinguer pour que l'erreur soit possible. Dans le premier cas, il s'agit d'une diminution réelle ou d'une abolition de la force dynamométrique, qui se révèle aussi bien pendant la station assise et lorsque le malade est couché que dans le cas où il est debout.

Quand l'affection se présente sous sa dernière forme, c'est-à-dire qu'il existe des mouvements désordonnés et contradictoires, pendant la station et la marche, leur apparence choréiforme pourrait donner le change et faire croire peut-être qu'il s'agit là de la chorée, non de la chorée vulgaire, en tous cas, qui, entre autres caractères, affecte les membres supérieurs et la face, et, de plus, ne cesse pas lors de décubitus,

mais de la chorée hystérique. La chorée rythmée offre comme caractères spéciaux le rythme et la cadence des mouvements, leur intermittence sous forme d'accès ; de plus, les accès eux-mêmes se produisent pendant que la malade est couchée ; enfin, lors de l'accès, tous les autres mouvements (saut, marche à cloche-pied) sont empêchés. L'erreur sera donc aisément évitée.

La confusion serait plus facile avec l'affection décrite par M. Bamberger sous le nom de convulsion réflexe saltatoire *(Saltatorisch Reflexkrampf)*. Il s'agit de sujets chez lesquels aussi les mouvements anormaux nuls dans la station assise, et si le malade est couché, se manifestent aussitôt qu'il pose le pied à terre. Mais les désordres qui se produisent alors consistent en véritables sauts brusques et très rapides qui soulèvent le corps à 10 et 15 centimètres du sol et qui ne cessent que quand le malade retombe épuisé ou s'assied. Dans la majorité des cas, le malade étant assis ou couché, les mouvements des membres inférieurs reparaissent de nouveau à un certain degré quand on chatouille la plante des pieds ou quand on la presse fortement, phénomènes qui diffèrent essentiellement de ceux que présente l'astasie. L'impression des auteurs qui ont étudié les cas de ce genre est qu'il s'agit là d'un phénomène relevant de l'exagération des réflexes tendineux et plus précisément, suivant Erb, d'un phénomène connexe de la trépidation épileptoïde qui se produit chez les sujets atteints de paraplégie spasmodique par le redressement de la pointe du pied.

Il n'y aurait pas lieu de distinguer l'affection qui

nous occupe de celle qu'a décrite Erlenmeyer sous le nom de convulsion statique, si l'on s'en tenait à l'observation publiée par cet auteur et que nous avons reproduite, quoiqu'il la range dans la catégorie des spasmes saltatoires de Bamberger. Ce fait se rapproche, en effet, tellement des nôtres, qu'il est permis de lui attribuer semblable interprétation. Le malade dont Erlenmeyer relate l'histoire, offre des phénomènes presque identiques à ceux de la malade Go..., dont le cas si typique a été l'occasion de plusieurs des leçons de M. Charcot. La marche a lieu avec les mêmes alternatives de flexion et de redressement des membres inférieurs et du tronc ; le saut que présente le malade d'Erlenmeyer, et qui survient après quelques pas, résulte de l'exagération progressive des mêmes mouvements incoordonnés. Ce cas n'a que cette particularité secondaire de commune avec les spasmes saltatoires; il s'en éloigne en ce que les sauts ne se produisent pas immédiatement aussitôt que le pied a touché le sol, ne se continuent pas ensuite jusqu'à épuisement du malade, enfin en ce que ni la percussion ni le chatouillement de la plante du pied ne déterminent le phénomène.

On différenciera enfin les rares convulsions fonctionnelles dont sont passibles les membres inférieurs : spasme des jumeaux chez les ouvriers employés à la machine à coudre, spasme des rémouleurs décrit par Duchenne, spasme des chorégraphes, danseuses de ballet (Schultze). Toutes occupent un groupe de muscles déterminé et ne se révèlent qu'à l'occasion de l'exercice de la fonction à l'exécution de laquelle ce groupe musculaire est préposé.

Ainsi que nous l'avions fait prévoir, l'astasie et l'abasie ne peuvent rentrer dans aucune des divisions nosographiques actuelles. Aussi bien n'existe-t-il pas d'autre affection dans laquelle les mouvements particuliers normaux quand le malade est couché ou assis, et encore dans certains actes complexes, comme la saltation, par exemple, deviennent à ce point incoordonnés dans la station et dans la marche qu'ils rendent ces actes à peu près ou complètement impossibles. Il s'agit donc en réalité d'un complexus symptomatique spécial, et ce contraste est pathognomonique de l'*astasie* et de l'*abasie*, quelles qu'en soient les variétés.

CAUSES. — L'affection frappe l'un et l'autre sexe : elle atteindrait plutôt les enfants de dix à quinze ans, mais les adultes n'en sont pas indemnes, deux de nos malades avaient vingt-deux et vingt-cinq ans. Nous avons même constaté l'existence de ce trouble chez une femme de cinquante-deux ans. La cause immédiate des accidents paraît être le plus souvent une émotion plus ou moins vive, appréhension, frayeur...., ou encore un traumatisme de minime importance survenu dans une chute, et l'on peut se demander si c'est la chute ou l'émotion qui l'accompagne qui est en jeu. Dans un cas la maladie a succédé à une couche laborieuse, dans un autre à la fièvre typhoïde. D'autres fois aucun motif n'est manifeste. Vraisemblablement, il ne s'agit là que de causes occasionnelles qui n'acquièrent leur toute-puissance que parce qu'il s'agit de sujets prédisposés; la concomitance habituelle de stigmates hystériques en fait foi.

Traitement. — Le traitement qui a été institué et suivi de succès dans la plupart de nos observations n'est autre que celui que M. Charcot applique d'ordinaire aux manifestations hystériques : traitement moral, isolement, hydrothérapie, etc. Les procédés mis en œuvre habituellement pour la cure des accidents hystériques, la suggestion hypnotique, notamment, ont également réussi. Disons que, dans l'un de nos cas, M. Babinski a obtenu une guérison rapide par la méthode du transfert d'un sujet à l'autre de l'aimant, qu'il a imaginé. Enfin, il serait logique à l'aide de travailler à rééduquer les malades et de leur apprendre à marcher.

IV. Physiologie pathologique. — Les considérations qui suivent seront peut-être de nature à éclairer la physiologie pathologique du syndrome *astasie-abasie*, dont nous avons essayé de déterminer les caractères cliniques.

Il est utile, au préalable, de rappeler ici quelques points relatifs à la physiologie de la station et de la marche considérées à l'état normal. Nous empruntons d'abord à M. Mosso un passage qui nous paraît approprié au but que nous nous proposons d'atteindre : « Rien que pour apprendre à marcher, dit-il, l'homme éprouve de grandes difficultés. Au commencement, les enfants ont une grande peur de se laisser tomber, même lorsqu'il ne leur est pas arrivé de faire de chute. Nous faisons tous nos mouvements avec peine et non sans un travail sérieux ; peu à peu l'acte devient moins raisonné et enfin à peine volontaire, nous ne saurions dire automatique,

car la volonté intervient au moins au commencement. Mais une fois engagés dans une route pour nous promener ou pour faire un voyage, nous pouvons marcher longtemps sans nous en apercevoir. Ribot[1] parle, d'après Trousseau, d'un musicien qui faisait sa partie de violon dans un orchestre et qui était pris de vertige épileptique pendant lequel il perdait la conscience. « Cependant, il continuait à jouer en mesure quoique restant absolument étranger à ce qui l'entourait, quoiqu'il ne vît ni n'entendît plus ceux qui l'accompagnaient. » Il nous arrive à tous de lire à haute voix sans savoir ce que nous lisons et d'écrire un mot pour un autre quand nous sommes distraits. Bien des gens accablés de fatigue ont dormi en marchant. On pourrait citer en grand nombre des exemples qui prouvent que des mouvements qui, au début, ont coûté de grands efforts de volonté, sont devenus tellement habituels qu'on les accomplit sans en avoir conscience.

Demandons-nous maintenant comment s'opère cette transformation du mouvement volontaire en mouvement automatique ? Lorsque nous faisons pour la première fois des mouvements compliqués notre cerveau est le siège d'une grande activité. Rien ne se fait sans le secours des cellules du plan supérieur, c'est-à-dire des circonvolutions auxquelles viennent en aide les organes des sens, afin de débrouiller l'enchevêtrement d'ordres et de contre-ordres à envoyer aux fibres musculaires. Le travail s'accomplit sous une direction compétente et éclairée

[1] Th. Ribot, *Les Maladies de la mémoire*. Paris, 1881, p. 9.

mais, à force de répéter le même travail, les communications deviennent plus étendues et les voies plus aisées. A la longue le travail finit par être exécuté par le plan inférieur et sans le concours de la volonté. On comprend, en effet, que plus une action est fréquente, plus aussi le mécanisme qui sert à l'accomplir tend à s'organiser[1]. »

L'enfant qui commence à exécuter l'acte complexe de la marche fait d'abord maladroitement les mouvements jusqu'à ce que, à force d'essais et après beaucoup d'efforts volontaires, il les accomplisse régulièrement. Lorsque l'ensemble des mouvements a enfin été associé, leur exécution simultanée devient de plus en plus aisée et finit par être accomplie sans effort et même sans conscience : la marche est devenue alors, comme on dit, une action automatique secondaire ou acquise. L'enfant acquiert avec la même lenteur la faculté de maintenir son corps dans l'équilibre requis pour se tenir debout [2]. Comment se développent ou mieux se créent ces centres médullaires d'actions coordonnées? « A la manifestation de l'énergie nerveuse correspondent une modification et une usure de la substance nerveuse; et, quoique la nutrition régénère peu à peu les éléments usés et rétablisse l'équilibre statique, cette réparation même s'effectuant sur le trajet modifié, sert à enregistrer l'expérience. Ce n'est pas une simple intégration qui a lieu, mais une réintégration : la substance est restaurée d'une façon spéciale, ce qui fait que la modalité fonctionnelle qui a

[1] A. Mosso. — *La Peur*. Trad. française. Paris, 1886, p. 42.
[2] J. Mill. — *Anal. Hum. mind.*, p. 271.

eu lieu est pour ainsi dire incorporée ou incarnée dans la structure de la moelle épinière et y subsiste à titre de substratum d'un mouvement *potentiel* ou abstrait. Il en résulte pour l'avenir, une tendance à la répétition de la même fonction, tendance renforcée par chaque répétition. Ainsi, toute impression laisse après elle une trace ou résidu qui est de nouveau mis en jeu par un stimulus approprié : par là, les facultés de la moelle s'élaborent et mûrissent graduellement [1]. »

Ces actions coordonnées s'établiraient, du reste, avec d'autant plus de facilité que le germe de l'harmonie des organes de la locomotion semble inné et prêt à entrer en action à l'époque voulue [2], comme le démontre ce fait que, longtemps déjà avant de marcher, les enfants font des mouvements alternants avec leurs jambes lorsqu'on les tient de façon à ce que leurs pieds touchent le sol [3]. Vulpian remarque, à cette occasion, que si l'homme ne marche pas dès sa naissance, c'est vraisemblablement à cause du développement incomplet de ses centres nerveux. — « Si l'enfant, dit-il, présentait un degré de développement égal à celui du cochon d'Inde, il marcherait dès le premier jour. » La question de mécanisme présente, du reste, une importance relative, et, se plaçant à un point de vue moins spéculatif, il est permis de se borner à considérer que les facultés de la moelle épinière sont acquises par l'éducation. « L'enfant a certainement la faculté d'apprendre à marcher, mais le procédé de l'apprentissage consume beaucoup de temps et

[1] Maudsley, — *Physiologie de l'esprit*, trad. fr., p. 140.
[2] A. Bain. — *Les sens et l'intelligence*.
[3] Maudsley. — *Loco citato*, p. 143.

d'énergie et correspond à un développement progressif de la moelle épinière; il est, en un mot, le devenir de sa faculté [1]. »

Sans entrer trop avant dans le champ des hypothèses, il est permis d'admettre, pensons-nous, qu'il existe dans l'écorce des groupes cellulaires différenciés qui, par des commissures spéciales, entrent en relation avec des groupes cellulaires correspondants dans les centres spéciaux. Des groupes corticaux part le stimulus, à l'occasion duquel ces centres spinaux entrent automatiquement en action.

M. Charcot rend ce mécanisme saisissant à l'aide d'une image. Il compare les divers centres médullaires, relatifs à la marche, à ces rouleaux de cuivre des boîtes à musique, hérissés de petites pointes, dont la disposition variable correspond à des airs différents. Dans le groupe cérébral cortical serait le ressort qu'il suffit de déplacer pour mettre l'appareil en action. La comparaison nous paraît d'autant plus instructive en la circonstance que le même ressort a, dans l'orgue, la double fonction de suspendre le mouvement et de changer l'air. C'est ainsi que, dans le cas de la marche, les centres spinaux, une fois activés par le centre cortical, continuent à agir automatiquement jusqu'à ce que survienne l'ordre d'arrêt; et l'on conçoit qu'au lieu de commander soit la station, soit la marche, le groupe cérébral puisse mettre en jeu les groupes cellulaires spinaux où réside le mécanisme de la course ou du saut, etc.

Cette théorie de la station et de la marche, envisa-

Maudsley. — *In loc. cit.*, p. 144.

gées comme actions automatiques secondaires résidant dans des centres spinaux, s'appuie, d'ailleurs, sur un ensemble assez cohérent de faits anatomiques, physiologiques et pathologiques.

Il est tout d'abord un certain nombre d'expériences qui démontrent que, chez certains animaux, le centre des mouvements coordonnés pour la marche est dans la moelle. — Si on coupe la tête d'un canard d'un coup de couteau, il s'agite et bat des ailes comme s'il voulait fuir. — On dit que l'empereur Commode faisait, dans le cirque, trancher la tête à des autruches à l'aide de faulx et que ces animaux continuaient à courir pendant un certain temps. — Une grenouille décapitée peut encore nager ou sortir du vase qui la contient quand on la touche ; mais ce n'est pas là un acte cérébral, car si on réchauffe l'eau, la grenouille se laisse rôtir sans réagir, ce qui n'aurait pas lieu si les excitations étaient capables de produire des actes conscients. — Tiegel tranche la tête à un serpent d'un seul coup, puis le touche avec une baguette de fer rouge ; le serpent, tout en se brûlant, grimpe autour de la baguette en rampant [1]. Il s'agit bien là évidemment de mouvements dont le mécanisme est dans la moelle épinière, mouvements automatiques et non raisonnés.

Physiologiquement, cette théorie explique comment une impulsion unique de la volonté suffit pour provoquer une longue série de mouvements périodiques qui se succèdent jusqu'à ce qu'une impulsion nouvelle de la volonté les arrête. S'il n'en était pas ainsi, nos

[1] Mosso. — *Loco citato*, p. 26 et suivantes.

actes habituels, et en particulier la marche, exigeraient une multitude d'impulsions qui provoqueraient la fatigue à bref délai [1].

On peut ajouter que, si le mécanisme d'exécution immédiate était dans l'écorce, un très grand nombre de fibres nerveuses seraient nécessaires pour transmettre les ordres à chaque cellule médullaire. En admettant, au contraire, que le cerveau ne transmet qu'un ordre sommaire, il n'a besoin que de peu de fibres pour mettre en jeu le groupe cellulaire où réside le mécanisme d'exécution. Or, précisément, M. Charcot a eu l'occasion d'observer un fait pathologique qui réalise presque une expérience à cet égard.

Il s'agissait d'une malade qui fut, pendant sa vie, atteinte de mal de Pott et de paraplégie [2]. La paralysie des membres inférieurs avait disparu au bout d'un certain temps et la marche était redevenue possible. Pendant plus d'un an, on vit la malade marcher régulièrement et sans fatigue, souvent pendant plusieurs heures consécutives. A l'autopsie, on fut frappé de ce que le volume de la moelle, sur la longue étendue du siège de la compression, était réduit à celui d'un tuyau de plume. De là, pouvait-on conclure, qu'en raison du petit nombre de fibres nerveuses qui subsistaient, un centre cérébral organisé pour la marche n'aurait pas disposé d'assez de fibres pour transmettre son action isolément à chacune des cellules du groupe spinal, que, par suite, le centre des mouvements coordonnés pour cet acte subsistait intact dans la moelle

[1] Hartmann. — *Philosophie de l'Inconscient*, t. I, p. 150 (traduction française de D. Nolen). Paris, 1877.

[2] Observation in Th. Michaux.

lombaire; seulement, pendant la période paraplégique, il ne pouvait être mis en jeu faute d'impulsion psychique : dès que, par suite de la régénération de quelques fibres nerveuses, la transmission de cette impulsion fut rendue possible, la fonction reparut. Une interprétation du même genre a été proposée par M. Brown-Séquart à propos du cas communiqué par M. Charcot.

En résumé, la station et la marche s'apprennent, et l'apprentissage est long. Dans ce mécanisme, des groupes de cellules corticales et spinales sont en jeu ; mais, tout d'abord, les groupes corticaux prédominent. Toutes les forces de l'attention et de la volonté sont employées à établir, à organiser et à régulariser ce mécanisme. Mais, à mesure que le sujet devient de plus en plus expert, ces phénomènes deviennent de plus en plus automatiques, inconscients. Le rôle cortical s'efface graduellement, et presque tout se passe désormais dans les centres spinaux. Dans ces centres s'est organisé un appareil de cellules reliées entre elles, qui fonctionne de lui-même suivant de certaines règles, lorsqu'il est mis en jeu par une influence venue de l'écorce.

L'impulsion corticale est toujours le phénomène initial ; mais l'appareil organisé pour la station, pour la marche, peut opérer de lui-même, sans participation de l'écorce, réglé qu'il est à l'avance du moment où il est mis en action. Toutefois, le premier stimulus cortical est nécessaire. — La représentation mentale d'un escalier à monter est, par exemple, le phénomène initial, puis l'ascension s'opère à l'aide du mé-

canisme acquis, que ce fait psychique suffit pour actionner. — On peut dire que si les groupes corticaux ont la mémoire du genre d'impulsion qu'il faut donner pour déterminer le fonctionnement du mécanisme de l'ascension, de la descente, de la marche sur un plan, et, pour tel ou tel mode d'ascension et de descente *(mémoire psychologique)*, les centres spinaux, eux, chargés de l'exécution dite automatique, inconsciente, ont la mémoire des réactions nécessaires pour répondre à ces divers ordres d'origine encéphalique *(mémoire organique)*.

Chaque fonction particulière acquise par l'éducation est automatiquement représentée à la fois par un centre d'incitation et de représentation cortical et par un ou plusieurs centres spinaux où seule réside désormais la mémoire des détails des mouvements associés qui doivent réaliser et objectiver la représentation mentale.

Pour en revenir maintenant au mécanisme des phénomènes d'*astasie* et d'*abasie*, nous pouvons imaginer qu'il s'agit ici d'une influence d'arrêt portant son action soit sur le centre cortical de la station ou de la marche — cas dans lequel l'impulsion initiale fera défaut, — soit sur le centre spinal, — et alors l'ordre donné n'est pas exécuté. — Dans l'état de nos connaissances sur ce sujet, il serait actuellement téméraire d'établir que, dans tous nos cas, uniformément, le siège de la perturbation est primitivement cortical, ou, au contraire, spinal. Il est vrai que, dans beaucoup de nos faits, l'existence d'influences psychiques qui paraissent avoir présidé soit au développement,

soit à la disparition du trouble moteur, plaiderait en faveur de l'origine corticale; mais il semble, par contre, que dans l'une au moins des observations (la dixième), l'affection aurait été primitivement médullaire. On sait, en effet, par les détails de l'observation, que dans l'acte de la marche la malade pouvait faire quelques pas normalement, et ce n'est qu'ensuite, en continuant de marcher, que les désordres apparaissaient et s'aggravaient progressivement; d'où l'on pourrait induire que le stimulus venant de l'écorce se transmettait normalement, mais que l'exécution automatique des actes du centre spinal, en conséquence de quelque désordre survenu dans celui-ci, cessait bientôt de se poursuivre avec la régularité habituelle.

Il est facile de comprendre, en tous cas, que, sous l'influence de l'action inhibitrice supposée, la station et la marche seront tantôt impossibles, tantôt difficiles seulement, ou désordonnées, selon l'intensité même de l'action d'inhibition. Le rôle du centre cortical étant, en somme, de mettre en jeu le mécanisme spinal, si l'arrêt est complet il y aura abolition de l'acte, si l'arrêt est imparfait les ordres seront transmis inégalement, d'une façon désordonnée, et, en conséquence, il pourra y avoir, dans le premier cas, suppression totale de la station ou de la marche, et, dans le second, désharmonie, incoordination plus ou moins prononcée des mouvements.

C'est ainsi que, dans la station, alors que les contractions synergiques et immanentes des muscles antagonistes sont nécessaires à l'accomplissement régulier de l'acte, il pourra y avoir cessation momentanée de

l'action des extenseurs, bientôt suivie d'une action trop brusque de ces mêmes muscles, ou bien encore d'une action exagérée des fléchisseurs à laquelle pourra succéder la contraction excessive des extenseurs, contraction qui pourra aller même jusqu'à produire le saut, ainsi que cela se voit dans quelques observations. L'appareil où se produit la représentation motrice nécessaire à l'impulsion peut être en défaut, comme aussi l'appareil d'exécution, et l'on comprend aisément que par suite des perturbations survenues dans le fonctionnement de ce double mécanisme il puisse se produire des contractions musculaires là où il faudrait un relâchement, et, dans de certaines circonstances, des contractions et des relâchements qui dépassent de beaucoup le but à atteindre et prennent l'apparence de phénomènes spasmodiques analogues à ceux qui ont été signalés en particulier dans l'observation de Gomp..., étudiée par M. Charcot.

Du moment où l'*astasie* et l'*abasie* représentent l'affection d'un système organique fonctionnellement différencié, autonome en quelque sorte, on comprend que le syndrome se présente en clinique parfaitement limité et indépendant de toute immixtion de symptômes relevant d'une participation des centres affectés au mécanisme du saut et de divers autres modes de progression; on comprend aussi que les mouvements spécialisés pour la marche et la station soient seuls affectés alors que les mouvements généraux des membres inférieurs, quant à la force et à la direction, restent parfaitement indemnes; on comprend enfin qu'il se produise dans le syndrome *astasie-abasie*, des variétés cliniques et physiologiques nombreuses, en

rapport, d'une part, avec la participation plus ou moins générale ou partielle de l'appareil, et, d'autre part, avec l'intensité plus ou moins grande de l'atteinte qu'il a reçue.

Une vérification, en quelque sorte expérimentale des faits qui viennent d'être exposés, peut être obtenue d'ailleurs par voie de suggestion chez des malades hystériques plongées dans l'état de grand hypnotisme.

Gr... est plongée dans la période somnambulique du grand hypnotisme, et on lui suggère « qu'elle ne peut plus marcher, mais qu'elle peut sauter ». Pendant quelques instants elle boite en marchant, puis elle se décide à marcher en sautant les pieds rapprochés. Quand on lui dit de se tenir debout, elle ploie sur ses jambes et manque de tomber; elle n'évite la chute que par un saut. On la fait asseoir, et on constate que, étant assise, la résistance aux mouvements provoqués est considérable et la direction des mouvements parfaite. Réveillée, la marche est pendant quelque temps encore impossible, mais elle saute très bien et très vite.

Cl... étant en somnambulisme, on lui dit ces simples mots : « Tu ne *penses* plus marcher. » Aussitôt les jambes fléchissent, et elle tomberait, si on ne la maintenait. La marche et la station sont impossibles. Il n'y a pas étant assise de modification de la force dynamométrique des membres inférieurs, ni de la coordination des mouvements. Elle progresse très bien en marchant à *quatre pattes* et en sautant à pieds joints. Réveillée elle conserve l'impatience de la marche avec les mêmes caractères. Lorsqu'après avoir fait disparaître le trouble par suggestion on lui dit : « Tu ne *sais* plus marcher, » Cl... présente une incoordination de la marche tout à fait caractérique; elle vacille, ses genoux fléchissent et en même temps son tronc s'incline en avant et se redresse d'une façon exagérée alternativement.

Il y a lieu de penser que l'injonction « Tu ne peux plus marcher » suggère chez ces sujets l'idée d'une impuissance motrice complète, relative à la marche, et, de fait, la manifestation consiste en une absolue impossibilité de marcher; au contraire la phrase « Tu

ne sais plus marcher » suggère l'idée seulement d'une impuissance relative, dont l'incoordination est la traduction clinique. C'est de cette façon, du moins, que suivant notre expérience, la plupart des sujets interprètent ces deux modes de suggestion. Mais, on comprendra, du reste, qu'il puisse y avoir à cet égard — puisqu'en somme il s'agit d'interprétation — des variations presque à l'infini.

L'étude étiologique nous a montré que la peur, une émotion quelconque, un traumatisme souvent fort léger, figurent parmi les causes provocatrices de l'affection qui nous occupe. Or, justement, on sait qu'une émotion un peu vive, la peur en particulier, a régulièrement pour effet de produire chez la plupart des sujets une sorte de parésie avec ou sans tremblement des membres inférieurs. Ces phénomènes se montrent d'une façon très accentuée chez les animaux et l'on sait, entre autres, que le singe terrifié ne peut plus se tenir debout ni marcher; il en est quelquefois de même chez l'homme.

Or, il est vraisemblable, et c'est un point sur lequel M. Charcot a beaucoup insisté dans ses leçons[1], que cette sorte de paralysie émotive peut dans certains cas, en particulier chez un sujet psychiquement prédisposé, être le point de départ d'une suggestion d'impuissance motrice se réalisant sous l'une des formes que nous nous sommes attaché à décrire. — Ne pourrait-on pas invoquer un mécanisme du même ordre dans le cas même où l'influence émotive paraît

[1] *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 453, sur les *Paralysies émotives*.

n'avoir pas existé ? On sait aujourd'hui, et Leibnitz savait déjà, qu'il existe des phénomènes de cérébration, d'idéation inconsciente lesquels peuvent expliquer, par exemple, comment un problème se résout dans notre esprit sans que nous ayons participé consciemment à sa solution. La seule chose dans ces cas de *rumination inconsciente,* comme les appelle Schopenhauër, qui parvienne à notre conscience, c'est le résultat obtenu. Ne peut-on pas admettre que quelquefois au moins l'idée d'impuissance motrice pour la station et pour la marche se soit développée à l'insu du sujet, dans un rêve peut-être qui n'aurait pas laissé de souvenir, et que cette idée, en raison de la prédisposition native ou accidentelle du sujet, ait pu acquérir assez d'intensité pour se réaliser sous une forme objective ?

Il n'est pas douteux, d'après les faits d'ordre clinique qui forment la substance de notre travail, que l'incoordination motrice *astasique* et *abasique* relève le plus souvent d'une altération purement dynamique sans lésion matérielle appréciable, et nos observations montrent suffisamment qu'elle peut se trouver associée aux stigmates hystériques vulgaires, ou alterner avec divers symptômes du même ordre. Mais, tout dynamique qu'elle soit, l'affection n'en occupe pas moins dans les centres nerveux certaines régions, certains organes, qui, secondairement ou primitivement mis en cause dans un cas de lésoin organique, doivent déterminer cliniquement le même ensemble symptomatique. C'est là une question intéressante qui ne manquera pas d'être résolue sans doute bientôt à l'aide d'observations appropriées.

CLINIQUE NERVEUSE

DES ÉPHIDROSES DE LA FACE[1];

Par M. Paul RAYMOND, interne des hôpitaux.

IV

Si l'on cherche maintenant une explication à ces différents phénomènes, il semble que ce soit aux lésions du système sympathique qu'il faille tout d'abord s'adresser. Et en effet, même dans les cas où l'encéphale paraît présider à l'apparition d'une éphidrose, le rôle du sympathique est mis hors de doute[2].

C'est donc aux expériences portant sur ce nerf que nous essaierons de demander la solution du problème.

Lorsqu'on examine les diverses observations d'éphidrose de la face, on en trouve plusieurs dans lesquelles l'hypersécrétion sudorale coexiste avec une hypérémie et une augmentation de température de la région correspondante, tandis que, dans d'autres cas, ces derniers symptômes manquent l'éphidrose existant seule.

C'est là une première distinction qu'il importe d'établir.

[1] Voir tome XV, n° 43, page 51.
[2] Brown-Séquard. — *Archives de physiol.*

Il y a en effet des éphidroses liées à des modifications de la circulation capillaire, à des troubles vasomoteurs.

Il en est d'autres absolument indépendants de toute perturbation vaso-motrice et qui relèvent de l'excitation des nerfs sudoraux.

Dès 1876, Ostroumow, Luchsinger ont montré l'indépendance des phénomènes vaso-moteurs et excito-sudoraux, dans leurs expériences sur le sciatique du chat. Déjà en clinique, Eulembourg avait différencié les nerfs vasculaires des nerfs sécrétoires.

M. Vulpian a prouvé que les sécrétions sudorales abondantes ne sont pas en rapport nécessaire avec une suractivité de la circulation cutanée. L'hypersécrétion sudorale ne relève donc pas toujours de l'hypérémie vaso-motrice et elle peut en être parfaitement distincte, liée alors à une irritation des seules fibres excito-sudorales.

Dans l'expérience de Luchsinger, après la section du sympathique abdominal, la sueur ne se produit plus dans les pattes de l'animal en expérience. Mais la faradisation du bout périphérique ramène aussitôt des gouttes de sueur sur les pulpes digitales.

Au contraire, dans l'expérience célèbre de Pourfour du Petit, reprise par Dupuy (d'Alfort), puis par Cl. Bernard, une section du sympathique cervical détermine chez le cheval une sudation abondante qui cesse dès que l'on électrise le bout périphérique du nerf.

Il y avait donc contradiction apparente entre ces expériences.

MM. Vulpian et F. Raymond les reprirent alors et ils constatèrent que le cordon cervical ne contenait que

peu de fibres excito-sudorales, si même il en contenait, et qu'il n'agissait sur la sécrétion de la sueur que par l'intermédiaire des filets vaso-moteurs. Les variations de la circulation capillaire amènent des modifications parallèles dans l'activité des éléments anatomiques des glandes sudoripares.

Dans l'expérience de Luchsinger, au contraire, la sudation est le fait de l'excitation directe des fibres sudorales.

MM. Vulpian et Raymond pensent que les fibres excito-sudorales de la face accompagnent le nerf vertébral ou encore émanent des filets bulbaires ou protubérantiels du sympathique. Elles se répartissent ensuite entre les diverses branches du facial (Vulpian et Raymond, Adamkiewicz, Straus) ou du trijumeau[1].

Ainsi donc, en résumé, deux ordres de faits cliniques distincts, deux groupes d'éphidroses faciales :

1° Ceux dans lesquels, comme dans l'expérience de Cl. Bernard, l'hypersécrétion sudorale correspond à une action vaso-motrice.

2° Ceux dans lesquels l'éphidrose est le fait d'une excitation des fibres sudorales ;

Dans ceux-ci, la sueur locale existe seule sans phénomènes d'hyperthermie, ni de dilatation vasculaire. Il y a le plus souvent dilatation pupillaire ou bien les pupilles restent normales et égales.

Dans les premiers, il y a, outre l'hypersudation, rougeur et chaleur des téguments, c'est une véritable

[1] D'après les expériences de Prévost, Jolyet et Laffont, Dastre et Morat, et les recherches plus récentes de Luchsinger, Nawrocki, le trijumeau aurait un rôle prépondérant dans la distribution à la face des filets du sympathique.

expérience physiologique. Généralement cette paralysie du sympathique cervical s'annonce par du myosis qui peut même être le seul symptôme ; puis viennent la rougeur et l'hyperthermie et enfin l'hypersudation. Dans beaucoup de cas de paralysie du sympathique cervical, ce dernier symptôme peut manquer.

On peut donc conclure, lorsqu'on trouve sur un côté de la face et du cou ce syndrôme clinique, rougeur, hyperthermie hypéridrose et myosis que l'on a affaire à une paralysie du tronc du sympathique cervical.

Mais comment expliquer les cas dans lesquels on ne trouve que de l'hypersudation avec dilatation pupillaire?

Ici il faut se reporter aux expériences de M. Vulpian et aux expériences plus récentes de M. Luchsinger (1880) et de M. Nawrocki.

La dilatation pupillaire peut être, à la vérité, produite par une excitation du tronc du sympathique cervical. Toutefois, dans les nombreuses observations où une phase d'excitation a précédé une paralysie du sympathique cervical on a bien noté cette mydriase, mais pas d'hypéridrose concomitante. Les fibres excito-sudorales et irido-dilatatrices paraissent donc nettement séparées.

De même, il y a des observations où les filets sudoraux sont seuls excités (éphidrose), les filets irido-dilatateurs restant indemnes (observation de O. Berger, notre observation II, par exemple, la plupart des observations de notre quatrième classe), nouvelle raison encore pour admettre deux voies distinctes pour les fibres irido-dilatatrices (suivant on le sait, le

cordon sympathique) et les fibres excito-sudorales et cela paraît conforme aux expériences de MM. Vulpian et Raymond.

Mais en 1880, M. Luchsinger a repris ces expériences. Il a expérimenté sur un cheval préalablement chloroformé et chez lequel il avait injecté une solution de chloral, supprimant ainsi quelques-unes des nombreuses difficultés inhérentes à ce genre de recherches. Or, il a constaté que l'excitation du bout supérieur du sympathique cervical déterminait une sudation peu abondante, mais très évidente sur la peau de la face préalablement rasée.

Ces expériences, renouvelées sur le cochon par Luchsinger, puis par Nawrocki, ont amené les mêmes résultats. Il semble donc, que de même que le sympathique thoracique et le sympathique abdominal, le sympathique cervical contient des fibres excito-sudorales.

Dès lors, l'excitation de ces dernières jointe à l'excitation des fibres iriennes, donne la raison d'être de notre deuxième catégorie de faits, éphidrose et mydriase.

La question est toutefois plus complexe qu'elle ne le paraît au premier abord.

En effet, outre que, comme nous l'avons dit, on ne voit pas signalées dans les observations d'excitation du sympathique, la mydriase et l'éphidrose, outre que ces résultats ne concordent pas avec ceux de M. Nicati qui a montré que la première phase d'une paralysie du sympathique était une période d'excitation caractérisée par de l'abaissement de la température de l'exophthalmie, de la mydriase, mais dans laquelle il n'est

pas question d'hypersudation; il semble peu probable qu'une excitation portant sur les fibres sudorales et iriennes du tronc nerveux ne porte pas également sur les fibres vaso-motrices du même tronc. Or, l'excitation de ces dernières déterminerait de la pâleur des téguments et de l'abaissement de température. C'est ce qui n'est pas signalé, c'est ce que nous n'avons pas vu.

Il serait donc imprudent, actuellement du moins, de chercher à expliquer, par une excitation du tronc du grand sympathique cervical, les symptômes que nous présentait notre premier malade et qui sont analogues à ceux qui sont signalés dans diverses observations; il est préférable d'attendre la continuation des expériences de Lucksinger, qui, reprises par Nawrocki, ont déjà donné de si importants résultats.

Que si l'on se reporte maintenant aux expériences de MM. Vulpian et Raymond, voici ce que l'on constate.

Les filets irido-dilatateurs naissent par trois groupes espacés entre la sixième paire cervicale et la cinquième dorsale[1]. Le groupe supérieur qui provient des 6e, 7e, 8e paires cervicales passe par le nerf vertébral.

Par ce nerf aussi passent les fibres excito-sudorales de la face[2].

Puis ces fibres un instant unies aux fibres irido-dilatatrices remonteraient le long de l'artère vertébrale, tandis que les fibres irido-dilatatrices, après s'être réunies au niveau du premier ganglion thoracique aux

[1] Fr. Franck. — *Dict. encyclopéd.*, art. *Grand sympathique*, t. XIV, p. 67.

[2] Vulpian et Raymond. — *Origine des fibres excito-sud. de la face.* C. R. Acad. des sciences, 1879.

fibres homologues des deux derniers groupes, remontent le long du tronc du sympathique cervical. Quant aux fibres vaso-motrices de la face, elles proviennent des 2e, 3e, 4e, 5e paires thoraciques, puis se mélangent dans le tronc du sympathique avec les fibres irido-dilatatrices, tandis que les fibres excito-sudorales, nous l'avons vu, n'empruntent pas cette voie [1].

On est donc conduit à cette déduction que lorsqu'il y a éphidrose faciale avec dilatation pupillaire du côté correspondant, sans rougeur ni chaleur de la partie atteinte, on est en présence d'une lésion irritative qui intéresse soit le nerf vertébral mais dans ses fibres descendantes seulement, puisque les fibres qui accompagnent l'artère vertébrale ne contiennent pas de filets irido-dilatateurs (Franck), soit plutôt un point de la moelle ou même des centres supérieurs commun aux filets sudoraux et irido-dilatateurs. Une lésion siégeant en ces points n'intéresse pas le système des filets vaso-moteurs.

En résumé, ce syndrome-mydriase-éphidrose serait le fait d'une lésion irritative, soit du tronc du sympathique cervical (expériences de Lucksinger et Nawrocki), soit d'un point de la moelle ou du bulbe, mais que nous ne saurions préciser (expériences de Vulpian et Raymond). Quant à déterminer l'influence qu'exercent sur ces divers ordres de fibres la moelle, l'encéphale, la moelle allongée, c'est là une question bien difficile à résoudre.

Il est cependant probable que les centres supérieurs

[1] Dastre et Morat. — In Duval, art. *Vaso-moteurs*, *Dict. de Jaccoud*, p. 475.

exercent une action sur la production de tels phénomènes.

Il est, en effet, des cas où la lésion siégeant au niveau du bulbe et même dans l'encéphale a donné lieu à des troubles vaso-moteurs ou sudoraux. Des observations telles que celles de Bichat, de Meschede, de Morselli que nous avons relatées en font foi. Nous-même, nous avons pu observer dans le service de M. Moutard-Martin le fait d'une femme qui mourut dans le coma après avoir présenté tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale. Nous constatâmes avec du myosis de chaque côté une éphidrose limitée au côté gauche de la face. L'hémiplégie gauche était complète. Malheureusement nous ne pûmes faire l'autopsie.

Il semble donc exister des éphidroses faciales dues à une lésion de l'encéphale. Elles seraient produites soit par la lésion directe de l'écorce cérébrale, soit par retentissement sur les centres bulbaires.

On connaît à cet égard l'opinion de M. Brown-Séquard, celle de M. Vulpian[1]; mais malgré leurs expériences auxquelles se sont ajoutées celles de M. Adamkievicz[2], de M. Bloch[3], etc., cette question reste entourée d'obscurité et, manquant des éléments nécessaires à sa solution, nous n'y insisterons pas davantage. De même, la moelle peut, dans certains cas bien déterminés, donner lieu à la production des symptômes qui nous occupent[4].

Nous ne pouvons mieux faire à ce propos, que de

[1] C. R. Acad. des sciences, 1878, t. LXXXVI.
[2] *Die Secretion der Schweisses*, Berlin, 1878 et C. R. Soc. physiol., Berlin, septembre 1879.
[3] Thèse citée.
[4] Voir l'observation de Raymond et Arthaud. (*Revue de médecine*, 1884.)

rappeler les recherches de M. Pierret et de citer la communication qu'il fit en 1882 à l'Académie des sciences au sujet de certains symptômes secondaires de l'ataxie locomotrice.

« J'ai été amené, dit-il, à rechercher la cause de symptômes observés dans le tabes : crises douloureuses viscérales, crises de diarrhée, troubles sécréteurs ou vaso-moteurs observés sur le tégument sous forme de sueurs locales ou de dilatations vasculaires plus ou moins étendues et quelquefois dimidiées.

Il est dans la moelle un système anatomique intermédiaire aux zones motrices et sensitives, qui s'adjoint aux fibres ascendantes qui occupent le *cervix cornu posterioris* et la partie profonde des cordons latéraux, région éminemment mixte qui renferme des tubes nerveux sensitifs, moteurs et vaso-moteurs. Ces derniers émanent visiblement de la chaîne d'amas ganglionnaires qui occupe l'angle externe de la corne antérieure, porte le nom de tractus intermédio-lateralis et passe avec raison pour représenter les origines intra-spinales du grand sympathique. Dans le cours du tabes sensitif, cette région, qui renferme non pas des nerfs mixtes mais des faisceaux mixtes de nerfs, est fréquemment intéressée. Alors apparaît toute une série de phénomènes sensitivo-vaso-moteurs qui viennent compliquer la marche et obscurcir le diagnostic de la maladie. J'ai pu m'assurer de ces lésions plusieurs fois et démontrer que c'est toujours à la sclérose secondaire ou primitive de ce système bulbo-spinal, satellite de nerfs réputés mixtes, que l'on doit attribuer l'apparition de tous les symptômes qui, de près ou de loin impliquent un trouble circulatoire ou une alté-

ration de la sensibilité des organes splanchniques. »
Les recherches de M. Pierret mettent donc ce fait hors de doute : c'est que les lésions de l'ataxie locomotrice portant uniquement sur la moelle suffisent à expliquer les éphidroses que l'on observe dans cette affection.

L'interprétation que M. Pierret donne de ces phénomènes semble également pouvoir s'adapter à l'observation personnelle que nous avons relatée. Outre l'éphidrose faciale que présentait notre malade, nous avons vu que si les sensibilités spéciale et générale de la face étaient indemnes, il n'en était pas de même de la sensibilité du bras droit. Il y avait de la thermanesthésie de la main ainsi que des élancements et des crises douloureuses dans le membre supérieur droit, et cela dans la sphère du nerf cubital. On ne peut s'empêcher de rapprocher ces phénomènes douloureux de ceux que l'on observe dans le tabes et dont le siège identique répond à un substratum anatomique, la lésion des bandelettes externes et de la substance grise postérieure. Nous ferons toutefois des réserves pour l'ataxie locomotrice. Si les symptômes que nous avons passés en revue sont ceux du tabes sensitif, il faut reconnaître que ces derniers sont d'ordinaire accompagnés d'une réunion d'autres symptômes dont le groupement laisse peu de doute pour le diagnostic. Or ici tout autre signe fait défaut : quant aux autres symptômes du tabes moteur, l'observation a montré qu'il n'en existait aucun.

Il n'est pas jusqu'à certains nerfs qui ne puissent eux aussi donner naissance au syndrome observé, dilatation pupillaire et éphidrose. M. Vulpian a, en effet, montré qu'après avoir excité le ganglion cervical su-

périeur et premier thoracique, l'électrisation du bout supérieur du nerf sciatique sectionné amène une dilatation pupillaire par des fibres provenant du trijumeau[1]. Quant aux filets sudoraux, ce nerf en contient sans aucun doute comme le nerf facial.

Quoi qu'il en soit, en résumé, des expériences de Luchsinger et Nawrocki, d'une part, de MM. Vulpian et Raymond, d'autre part, il faut se garder d'y chercher l'explication de tous les faits cliniques. S'il en est qui se trouvent éclairés par telle ou telle expérience, il en est d'autres qui ne peuvent se plier à la théorie. Tels sont ceux, par exemple, dans lesquels on constate une altération des ganglions sympathiques (notre observation II) et dans lesquels on observe, suivant les cas, tantôt le syndrome vaso-moteur, tantôt le syndrome mydriase éphidrose. Constatons les faits, précisons les inconnues et demandons la solution du problème à de nouvelles expériences, à de nouvelles observations.

Quant aux altérations des ganglions du grand sympathique cervical qui ont été signalées en l'absence de toute lésion correspondante du tronc du nerf, que faut-il en penser?

Nous avons vu que Morselli, Ebstein, Riehl avaient noté dans les autopsies de leurs malades certaines altérations portant sur les ganglions cervicaux et notamment sur le ganglion cervical supérieur du sympathique. Ces lésions peuvent-être ramenées à une hypertrophie du ganglion avec sclérose, altérations cellulaires consistant tantôt en une atrophie simple ou

[1] Vulpian. — C. R. Académie des sciences. Août 1878.

pigmentaire, tantôt en une dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses et en altérations vasculaires, congestion et thrombose veineuse.

Bartholow tend à expliquer par des lésions ganglionnaires, les faits dans lesquels on ne trouve qu'intégrité absolue du système nerveux.

M. Mickle, dans les observations qu'il rapporte d'éphidrose faciale survenant chez des paralytiques généraux, fait remarquer que MM. Poincaré et Bonnet ont parfois trouvé dans la paralysie générale une pigmentation marquée et une sclérose des ganglions du sympathique, et il n'est pas éloigné de chercher dans une lésion similaire l'explication des phénomènes morbides qu'il a observés.

Ces lésions des ganglions ne paraissent pas cependant être toujours en rapport avec l'éphidrose de la face. M. Vulpian a vu souvent les ectasies veineuses, les pigmentations ganglionnaires sans qu'il y eût eu d'éphidrose.

Marcacci a trouvé une injection des ganglions cervicaux avec une abondante prolifération nucléaire comprimant les cellules et riche dépôt de pigment, en faisant l'autopsie d'une malade atteinte d'eczéma généralisé et morte de bronchite. Il n'y avait eu d'ailleurs aucune sorte d'hypersudation non plus que dans le cas suivant dû à Brigidi. Il s'agissait d'une paralysie pseudo-hypertrophique et l'on trouva dans les ganglions cervicaux une dilatation marquée de vaisseaux, l'atrophie des cellules nerveuses avec accumulation de granulations pigmentaires cuivrées et développement exagéré d'éléments fibreux étranglant les éléments nerveux.

Mais il est probable que, dans ces deux cas, la phase de destruction des cellules avait remplacé la période d'excitation et ainsi s'expliquerait fort bien l'absence des phénomènes qui nous occupent.

Quoi qu'il en soit, on peut voir, sur la planche que nous ajoutons à ce travail, les altérations que nous avons trouvées en examinant le ganglion cervical inférieur de notre malade.

Ce sont justement celles qui ont été signalées par Morselli, Ebstein, Riehl, Mickle; nous nous croyons donc autorisé à réunir notre deuxième observation aux faits précédents et à nous rallier à l'opinion des auteurs que nous venons de citer.

Une lésion des ganglions cervicaux du sympathique peut amener une éphidrose de la face.

Celle-ci est la conséquence de l'excitation des cellules du ganglion ou des filets nerveux qui la traversent.

Il est donc avéré, pour conclure, que des lésions de l'encéphale de la moelle, du tronc et des ganglions du grand sympathique cervical peuvent déterminer une éphidrose faciale. Celle-ci répond en clinique à deux types : 1° syndrome, éphidrose, myosis, troubles vaso-moteurs; 2° éphidrose seule ou le plus souvent accompagnée de dilatation pupillaire.

Avant de terminer, nous désirons appeler l'attention sur deux ordres de faits que l'on trouve dans notre première observation, comme d'ailleurs dans plusieurs des cas ci-dessus relatés.

Nous ferons ressortir en premier lieu la persistance de la mydriase alors que les troubles sudoraux sont temporaires et passagers. Tandis que la dilatation pu-

pillaire reste à peu près invariable, l'éphidrose ne se produit que sous l'influence d'un mouvement ou lorsque tout le corps est en sueur; le malade remarquera alors que la sudation est plus prononcée du côté atteint. D'autres fois, c'est une perturbation morale ou le plus ordinairement l'impression d'un nerf de sensibilité générale ou spéciale qui provoquent l'hypersudation. A la suite de l'impression des nerfs du goût, ainsi que cela se voit le plus fréquemment, survient soit l'éphidrose, soit le syndrome vaso-moteur et l'on n'aperçoit à ce moment aucun changement dans le diamètre pupillaire; la mydriase ou le myosis n'augmentent pas. Puis bientôt, les troubles sudoraux ou vaso-moteurs, suivant les cas, disparaissent et les phénomènes pupillaires persistent seuls.

Nous signalerons, en second lieu, la tendance qu'offrent certaines de ces éphidroses à envahir les parties voisines. Tantôt débutant par une région bien circonscrite comme la région temporale, la sueur gagne bientôt le front puis la joue, le cuir chevelu et enfin toute la moitié correspondante de la face, n'empiétant sur le côté opposé qu'autant que le permet l'intrication des filets nerveux qui dépassent la ligne médiane.

Puis tantôt lentement, tantôt rapidement, l'éphidrose envahit le cou, la nuque, l'épaule, le bras. Les exemples ne sont pas très rares de ces hémidroses qui n'étaient au début qu'une éphidrose faciale. Elles sont évidemment de même ordre que celles qui atteignent d'emblée toute une moitié du corps.

Il faut ajouter cependant que le plus souvent ces éphidroses faciales restent stationnaires et qu'on en a

signalé qui, après plusieurs années, avaient disparu spontanément.

Quant à la thérapeutique, elle est le plus souvent inefficace. La sueur n'est ici que la manifestation locale d'une lésion qui intéresse soit le système grand sympathique, soit les centres bulbaire ou spinal. Elle se présente au même titre que les troubles pupillaires et les phénomènes vaso-moteurs. Ceux-ci n'incommodant pas les malades, réclament moins impérieusement un traitement qui pourrait d'ailleurs demeurer tout aussi inactif. Mais il n'en est plus de même pour cette éphidrose, qui survient à tout moment et qui devient pour le malade une gêne perpétuelle, une préoccupation de tous les instants. Pour la traiter, c'est à la lésion centrale qu'il faut logiquement s'adresser. Nous avons vu, en effet, que chez notre malade toutes les substances dirigées contre le seul symptôme sueur avaient échoué. En dehors des cas où la chirurgie pourrait intervenir avec avantage, il y aura lieu d'essayer les courants continus sur la moelle, les sédatifs du système nerveux, l'opium, le bromure de potassium ou encore et surtout l'iodure de potassium.

BIBLIOGRAPHIE

Fr. Franck. — Art. *Grand sympathique.* (*Dict. encyclop.*, t. XIV.)
Fr. Franck. — Art. *Sueurs.* (*Dict. encyclop.*)
Straus. — Art. *Sueurs.* (*Dict. Jaccoud.*)
M. Duval. — Art. *Vaso-moteurs* (*Dict. Jaccoud*).
Bouveret. — *Sueurs morbides,* thèse, agrég., 1880.
Poiteau. — *Lésions du sympathique cervical,* th., 1869.
Beaudaire. — *Contrib. à l'étude des sueurs locales,* th., 1883.
Bloch. — *Physiol. normale et pathol. des sueurs,* th., 1880.
Débrousse-Latour.
Brown-Séquard. — *Journal de Physiologie,* 1859.
Bergounhioux. — *Gaz. des hôpitaux,* 1859.

Verneuil. — *Bul. Soc. chirurgie*, 1864.
Leudet. — *Observ.* Congrès de Bordeaux, 1872.
Mathieu. — *Analyse sur les affections du grand sympathique.* (*Archives de Méd.*, 1879.)
Tachenberg. — *Lyon médical*, 1879.
Pierret. — C. R. *Acad. des Sciences*, 30 janvier 1882.
Dastre et Morel. — *Fonctions vaso-dilatatrices du nerf grand sympathique.* (*Arch. de Physiol.*, 1882.)
Nicati. — *Paralysie du symp. cervical*, Zurich, 1873. Analyse in *Revue Hayem*, t. II, p. 668.
Virchow's Archiv., 1871, 1875 et *passim.*
Riehl. — *Hyperdrosie unilatérale, Wienner med. Pres.*, 1884, p. 1077.
Guttmann. — *Berlin. Klin. Worschenschr.*, 1875.
Luchsinger. — *Pfluger's Archiv.*, XXII, 1880.
Leber. — *Handbuch der hant Krankeil.*, 1884, t. II.
Mickle. — *Journal of mental science*, 1884, t. II.

EXPLICATION DE LA PLANCHE V.

Coupe du ganglion cervical inférieur du grand sympathique.

A. Enveloppe fibreuse du ganglion.
B. Tubes nerveux intéressant le ganglion.
C. Tissu cellulo-adipeux et vaisseaux.
D. Cloisonnements partant de l'enveloppe et entourant des cellules ganglionnaires.
E. Cellules normales du ganglion.
F. Prolifération embryonnaire comprimant.
G. Les cellules malades du ganglion.

DE L'ÉPILEPSIE PROCURSIVE[1];

Par BOURNEVILLE et P. BRICON

V. — AUTOMATISME

Nous avons cru intéressant de rapprocher de l'*épilepsie procursive* et des *actes procursifs* les phénomènes

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, vol. XIII, p. 321; — vol. XIV, nos 40 et 41, p. 55 et 235, juillet et septembre 1887; — vol. XV, p. 75.

automatiques que l'on observe si fréquemment chez certains épileptiques. Nous rejetons, du reste, toute assimilation étiologique avec la procursion ; l'automatisme n'est, en effet, que la répétition inconsciente d'actes simples accomplis quotidiennement[1] par le malade. Il se voit le plus souvent à la suite de vertiges ou d'accès aigus ; cette forme est la plus fréquente, et beaucoup d'auteurs n'admettent même que l'automatisme post-épileptique.

Nous citerons, dès l'abord, quelques cas d'automatisme que nous avons eu l'occasion de relever chez nos malades de Bicêtre.

I. — AUTOMATISME SIMPLE. — L'*automatisme simple* revêt souvent une importance considérable en médecine légale ; on comprend en effet à combien d'interprétations peut donner lieu, par exemple, l'acte de se déshabiller accompli par un épileptique selon le lieu où il se passe, et les circonstances qui l'accompagnent. Herpin, Gowers, etc., en citent de nombreux exemples. Herpin[2] rapporte qu'une cantatrice se mit tout à coup à se déshabiller dans son cabinet ; Gowers[3], cite un professeur de musique qui, en donnant une leçon à une demoiselle, eût un accident épileptique si léger que son élève ne s'en aperçut pas et qui, aussitôt après, commença à se déshabiller. Il dut abandonner sa profession. On attribua cet acte à toute autre cause

[1] Disons toutefois que certains épileptiques peuvent exécuter des actes n'ayant aucun rapport avec leurs habitudes ; tel est le cas de la malade de Herpin qui paraissait imiter un joueur de guitare, quoique n'ayant jamais tenu cet instrument.

[2] Herpin. — *Des accès incomplets d'épilepsie.* Paris, 1867, p. 135.

[3] Gowers. — *De l'épilepsie,* trad. Carrier. Paris, 1883, p. 485.

que la maladie. Une interprétation tout aussi erronée peut résulter d'actes accomplis par des épileptiques s'appropriant des objets ne leur appartenant pas, ou s'introduisant inconsciemment dans des propriétés privées. L'automatisme ambulatoire, du reste très fréquent, s'observe non seulement à la suite de vertiges et d'accès, mais constitue encore une des formes les plus communes de l'épilepsie larvée.

Observation XXXVI.

Grand'mère paternelle morte d'apoplexie. — Grand-père maternel alcoolique. — Premier accès à onze ans précédé de vomissements alimentaires et bilieux comme les suivants. — Pas d'aura. — Etourdissements. — Accès de colère. — Tentative de suicide. — Hypospadias.—Etat de mal (novembre 1884). — *Automatisme. — Mort en état de mal* (1886).

Autopsie. — *Atrophie et aspect chagriné de différentes circonvolutions. — Atrophie cérébelleuse. — Anomalies des circonvolutions et des scissures cérébrales.*

Gr... (Martial-Auguste), né le 21 mai 1867, est entré le 30 novembre 1884 à Bicêtre (service de M. Bourneville) et y est décédé le 12 mars 1886.

Renseignements fournis par sa mère (8 novembre 1884). — *Père*, tailleur, assez grand, très sobre, calme, mort à cinquante ans, il y a un mois, probablement d'une tumeur du bassin. [*Père*, mort des suites d'un refroidissement (?) en trois jours ; tisserand, sobre. — *Mère*, morte à soixante-douze ans, d'une *attaque d'apoplexie*. — Pas de détails sur les *grands-parents*. — Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, d'idiots, de difformes, de suicidés, ni de criminels dans la famille.]

Mère, quarante-quatre ans, couturière, brune, de taille plutôt petite, impressionnable, assez colère, assez intelligente. [*Père*, mort en 1871, de la varioloïde, menuisier. *Excès de boisson*. — *Mère*, bien portante, soixante-six ans, sobre. — *Grand-père* et *Grand'mère paternels* pas de détails. — *Grand-*

père maternel, mort d'une tumeur abdominale à soixante-cinq ans, sobre. — *Grand'mère maternelle*, morte de vieillesse à quatre-vingt-sept ans. — Pas d'aliénés, etc., dans la famille.]

Deux *enfants* et une fausse couche : 1° notre malade ; 2° fausse couche à deux mois et demi ; 3° garçon, cinq ans, intelligent, n'a pas eu de convulsions.

Notre malade. A la *conception* qui a eu lieu peu de jours après le mariage, elle était bien portante ainsi que son mari ; ni émotions, ni discussions. — *Grossesse* bonne, pas de traumatisme, pas de peurs, pas d'alccolisme. — *Accouchement* à terme, naturel. A la *naissance*, pas d'asphyxie, bel enfant, fort. — Elevé au sein par une cousine. — A deux ans et demi lorsque sa mère l'a repris, il avait toutes ses dents. De *bonne heure*, il marchait, parlait bien, était intelligent. — Sa santé a été bonne jusqu'à onze ans ; jamais de convulsions.

A *onze ans*, la nuit, indigestion (?) à la suite de laquelle il s'est mis à crier, à se détendre, « les nerfs étaient roides (?) ; c'était un accès comme ceux qu'il a, mais moins forts ». A dater de cette époque, il a eu des *étourdissements* qui revenaient toutes les deux semaines, tous les mois et de plus des *accès*.

Le second accès est venu un mois après le premier. Durant les six premiers mois, il a eu un accès mensuel et chaque fois l'accès était précédé de *vomissements alimentaires et bilieux*. De onze ans et demi à douze ans, il n'aurait eu qu'un accès de deux en deux mois ; il suivait alors le catéchisme pour sa première communion, ce qui fait que sa mère attribue cette diminution des accès à une « permission de Dieu ». Durant cette année, l'intelligence n'avait pas diminué, il apprenait assez bien ; allait à l'école. *Jamais d'aura*. De douze à treize ans, situation passable, point d'aggravation. — A quatorze ans, on a cessé de l'envoyer à l'école. Il tombait environ trois fois par mois. A quinze ans et demi, il est allé en Prusse (en pleine campagne, dans la famille de sa mère). Il y est resté deux mois ; il a eu peur, il aurait eu beaucoup d'accès ; on l'a ramené parce qu'il s'ennuyait. — Les accès ont alors augmenté progressivement et depuis le mois de mai 1884 ils sont de plus en plus fréquents. En 1883, il avait un accès par semaine. Depuis mai 1884, il a eu en outre plusieurs séries. Le maximum des accès, cette année, en vingt-quatre heures, a été de sept et le plus long intervalle a été de trois jours. — Accès diurnes

et surtout nocturnes.— Depuis deux ans, les *étourdissements* qui ont débuté, ainsi que nous l'avons vu, aussitôt après les accès, sont devenus plus nombreux; ils ont encore augmenté depuis mai 1884.

On a noté en outre depuis un an des *accès de colère* contre sa mère qu'il prenait par les cheveux, contre son petit frère (cinq ans), contre les objets qu'il cassait. Un jour, une dame voyant qu'il se révoltait contre sa mère, l'a souffleté; alors, de rage, il a pris un couteau et s'en est donné un coup dans la région précordiale (hémorrhagie assez abondante). Ceci se passait à la fin de septembre.

L'*intelligence* a diminué progressivement depuis deux ans. Pas de folie avant les accès; parfois il avait la *manie de s'en aller;* c'est ainsi qu'il a été arrêté à Vincennes, puis rue de Varennes. — Pas de violences après les accès, pas d'hallucinations. — Sommeil bon, il s'endormait souvent après les accès. Pas de cauchemars ; pas de secousses, pas de fièvre, pas de peurs.

Il a eu beaucoup de *vers* étant jeune. Pas d'onanisme. Pas de traumatisme. On ne sait à quoi attribuer sa maladie. *Traitement:* Bromure de potassium ; iodure de fer, etc. — Il n'a pas eu la rougeole ni la scarlatine ; pas de varioloïde. Coqueluche à sept ans.

Etat actuel (*décembre* 1884). — *Tête* un peu écrasée dans son ensemble. — *Crâne* régulier; prédominance des parties occipitales; bosse occipitale cependant peu saillante; bosses pariétales également. — *Front* bas, étroit. La bosse frontale droite est peut-être un peu plus saillante que la gauche.

Circonférence horizontale.	0m,52
Courbe bi-auriculaire (d'un conduit auditif externe à l'autre).	0 32
Courbe occipito-frontale (de la racine du nez à la protubérance occipitale).	0 32
Diamètre antéro-postérieur	0 17
— bi pariétal	14 1/2
— bi-orbitaire	0 11

Face ovale, peu haute et relativement large.—*Arcades orbitaires* normales. *Yeux* saillants ; fentes palpébrales larges. Iris gris verdâtre. — *Pupilles* égales, sensibles. — *Nez* large, lobule et narines un peu relevées. — *Bouche* large, lèvres épaisses, surtout l'inférieure qui est légèrement renversée en dehors. — *Mâchoire supérieure:* douze dents bien ran-

gées ; manquent : deux petites molaires et premières molaires arrachées pour carie. Trois dents cariées. — *Mâchoire inférieure :* douze dents ; — manquent : premières molaires droite et gauche arrachées pour carie. Gencives en bon état. Articulation normale. — *Menton* bas, retiré en arrière. — *Régions malaires* saillantes, larges, égales. — *Oreilles* égales, longues (6 cent.); lobule à demi détaché à gauche, presque entièrement adhérent à droite. — *Cou* moyen (circonférence 32 cent.).

Thorax bien conformé (circonférence aux mamelons, 73 cent.), ainsi que l'abdomen et le bassin. Percussion et auscultation normales. — *Membres supérieurs* et *inférieurs* réguliers. *Peau* blanche et fine ; les cheveux, rouges, descendent bas sur le front et avancent beaucoup sur les tempes ; sourcils très marqués, très longs : ils descendent en dehors de l'apophyse orbitaire externe et se joignent presque en dedans ; ils sont bien arqués. Cils larges, nombreux. — Très léger duvet aux joues, à la lèvre supérieure et au menton.

Organes génitaux. — Poils dorés, frisés, très abondants au pénil, à la racine des bourses et sur les bourses. Verge longue et grosse (circonférence au-dessous du gland, 9 cent.; long., 10 cent.) Bourses pendantes, plus à droite qu'à gauche. Testicules de la grosseur d'une grosse noix. — Pas d'onanisme. — *Hypospadias :* à la place de méat normal, orifice allongé se terminant par la partie supérieure de l'orifice anormal et communiquant avec lui. — Entre les deux, en écartant le méat on constate une bride légèrement saillante et linéaire ; l'orifice anormal à l'état ordinaire a la forme d'un triangle isocèle dont la base répond à la bride signalée ; son extrémité la plus inférieure est angulaire ; la longueur du méat comprenant les deux orifices dont nous venons de parler est de 14 millim., l'orifice anormal occupe les deux tiers supérieurs du pénis.

Etat mental. — Affectueux, il dit quelquefois au garçon : « Je vous aime », et cherche parfois à l'embrasser ; dit : « Je voudrais bien voir ma mère. » Caractère très doux, très obéissant. Il sait le nom des objets usuels. Les premiers jours de son séjour ici, il voulait écrire à Jeanne d'Arc. On lui a présenté un tableau noir, et il n'a tracé que des lignes informes. — Après les accès, ou les vertiges, qui sont plus fréquents, il reste hébété pendant environ un quart d'heure. Ce matin encore quoique très fatigué, il s'intéressait à ce qui passait autour de lui ; il a dit distincte-

ment : « J'ai soif. » La *parole* est assez correcte, mais d'une façon particulière; il ouvre de grands yeux ou plisse le front; quand il va parler, il semble faire un effort pour ressaisir la notion dont il va faire usage. Il a tout à fait l'air d'un dément. Quand il demande quelque chose, par exemple à manger, il est très tenace, et réitère plusieurs fois sa demande. — Il ne refuse jamais de faire ce qu'on lui ordonne.

Motilité. — Avant ses séries d'accès, le malade marchait, en chancelant un peu, se servait bien de ses bras, mangeait proprement avec la cuiller et la fourchette. *Sensibilité* générale et spéciale normales.

Nutrition. — Il redemande très souvent à manger, ne mange cependant pas gloutonnement. — Mastication normale; il gâte la nuit seulement.

Description des accès. — Cri étranglé, se produisant parfois à la fin de la période tonique. — Chute tantôt en arrière, tantôt en avant. — Rigidité générale, égale. — Quelques secousses cloniques. — Stertor, un peu d'écume. Parfois, il se mord les lèvres et la langue ; il urine sous lui toutes les fois qu'il a de forts accès. Sommeil consécutif. *Actes automatiques :* il boutonne et déboutonne ses habits.

Description des vertiges. — Quelquefois cri étranglé, et c'est fini ; il a un brouillard devant les yeux, clignotement des paupières ; durée : quelques secondes. On n'a remarqué ni pâleur, ni chute ; il lâche les objets.

1884. 5 *novembre.* — *Soir :* T. R. 40°,2. — 6 *nov.* — Dans la nuit, le malade a eu vingt-deux accès ; dans la journée, il en a eu trois, et de 7 à 8 heures du soir, douze. On lui a appliqué, dès le début, six sangsues aux apophyses mastoïdes, des sinapismes aux cuisses ; dans la journée, il a pris 30 grammes d'eau-de-vie allemande. Le soir, le pouls étant vibrant et rapide, on a pratiqué une saignée de 300 grammes. — Le malade a eu trois accès pendant les préparatifs de la saignée.

T. R. *Matin* : 39°,2.— *Soir :* 39°.—(9 heures du soir), 38°,9, de suite après la saignée.— Minuit : T. R. 39°,2.

7.—De 9 à 10 heures du soir : douze accès ; trois de minuit à une heure; cinq de 3 à 6 heures. *Matin* : T. R. 40°,8 ; — *Soir* : 38°,6. — Pas de nouveaux accès.

La sensibilité cutanée avait disparu, le réflexe tendineux

rotulien était conservé sauf de suite après les accès. — Aujourd'hui, le malade est agité, prononce des paroles incohérentes, cherche à se lever. Le pouls est moins fort, plus rapide. La sensibilité cutanée est revenue. — Pupilles étroites, égales, sensibles. — *Traitement :* lotions vinaigrées, eau-de-vie allemande, sinapismes, sulfate de quinine.

8. — Pas d'accès. — T. R. 38°,8; — *Soir*: 38°,6.
9. — T. R. 38°,2. – *Soir*: 38°.
10. — T. R. 38°,2. — *Soir*: 38°.
11. — T. R. 38°,2. — *Soir*: 37°,8.
12. — T. R. 37 ,8. – *Soir*: 37°,6. (*Fig.* 21.)

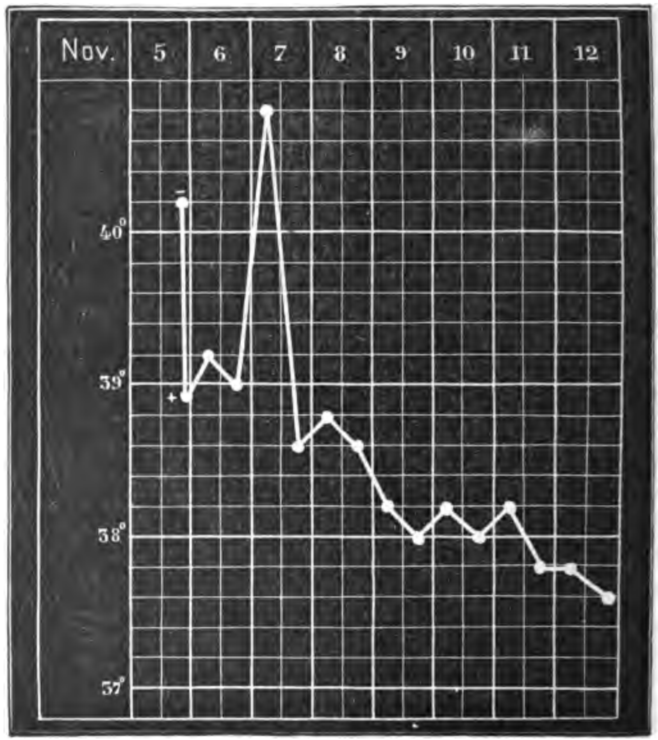


Fig. 21.

13. — T. R. 38°,2. — *Soir*: 38°. — Le malade a eu quelques vertiges, mais pas d'accès; — il a bon appétit; la soif est toujours vive.

14. — T. R. 37°,8. — *Soir* : 37°,6. — Gr... s'est levé aujourd'hui.

15 au 19. — La température normale s'abaisse progressivement jusqu'à 36°,8. — Le 17 et jours suivants, le malade a demandé à aller à l'école, ou chez ses parents, le tout en pleurant. — 6 *Décembre :* Série d'accès (7 de jour et de nuit).

1885. — Pendant le cours de l'année, la déchéance intellectuelle s'est accentuée ainsi que le montrent les notes de l'école et son écriture. La parole est un peu traînante ; tremblement de la pointe de la langue. En décembre, on constate un léger tremblement de la langue et des lèvres, de l'embarras de la parole. — La mémoire est nulle. La miction est involontaire depuis trois mois ; parfois défécation également involontaire. Cyanose très prononcée des mains. Il a été soumis au traitement par l'*élixir polybromuré.*

1886. 9 *mars.* — Le matin, quand on l'apporte à l'infirmerie, il avait eu 3 accès et était sans connaissance. Il a eu son premier accès à l'infirmerie à 10 heures ; à partir de là, les accès sont survenus à un quart d'heure d'intervalle, sans retour de la *connaissance.*

11 h. 50. — Le malade est dans le décubitus dorsal, dans le coma avec stertor, la face est un peu rouge, les pupilles sont dilatées. Le pouls est très rapide, incomptable. Les mouvements respiratoires sont rapides, mais réguliers.

15e *accès.* — Subitement le malade tourne la tête vers la droite, les yeux sont fortement portés de ce côté, puis il reporte la tête à gauche ; la face rougit, la contracture devient générale ; le cou est en extension ; le tronc raidi se dresse à moitié ; les membres supérieurs sont contracturés dans la flexion ; le pouce est dans la main, les doigts fléchis ; les membres supérieurs sont en extension forcée. Tout le corps est ensuite agité de mouvements rapides. Le membre inférieur gauche se relève à une distance de 20 ou 50 centimètres du plan du lit ; la jambe droite reste horizontale. La tête se reporte à gauche. Les convulsions continuent. La face devient cyanosée. La contracture est plus marquée à droite : une écume peu abondante, mais épaisse, non sanguinolente, vient sur les lèvres. Durée de l'accès, 2 minutes. Après l'accès, coma et stertor. L'infirmier raconte qu'au début du 9e accès le malade a poussé un cri. Ce cri ne s'est pas renouvelé jusqu'à présent. T. R. 39°.

16ᵉ *accès*. — En tout semblable au précédent. Pas de cri initial, mais un bruit étouffé. Au début de l'accès, la tête et les yeux sont fortement portés à gauche, puis à droite; la mâchoire inférieure en abaissement forcé, avec un mouvement latéral qui la porte fortement à gauche, puis à droite... Durée: une minute. Le malade a uriné sous lui. T. R. immédiatement après l'accès, 39°,5.

26ᵉ *accès*.— Rien de nouveau. Durée moindre (40 secondes). T. prise sous l'aisselle pendant l'accès ; 40°,4. Pouls, après

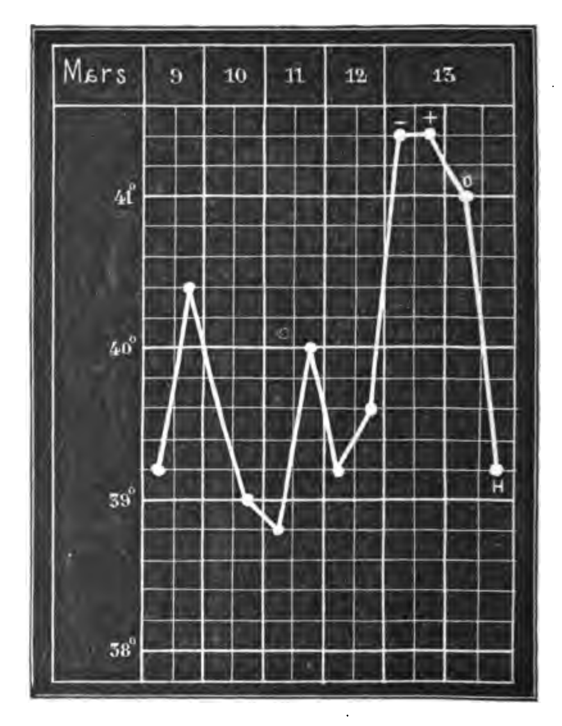


Fig. 22. — O, T. une demi-heure après la mort; H, T. une heure après.

l'accès, petit, incomptable. Sueurs abondantes. — Traitement: lotions vinaigrées, sinapismes, sangsues à l'anus.

44ᵉ *accès*. — *Période tonique* très écourtée. Rien de particulier, sauf une cyanose localisée, dès le début de l'accès, à la

main et au poignet droits. Les sangsues n'ont pas pris à l'anus; on en mettra cinq à chaque apophyse mastoïde.

10 *mars.* — Gr... n'a eu que deux accès la nuit dernière ; il reconnaît *un peu* ce matin l'infirmière. T. R. 38°,8. P. fréquent, faible, dépressible, face vultueuse ; respiration courte et gênée, avec ronchus s'étendant à distance. Il y a eu en tout 47 accès. Traitement : 60 ventouses ; Jul. acétate d'ammoniaque ; quinquina, etc. — *Soir :* T. R. 40°.

11.— T. R. 39°,2. — *Soir :* T. R. 39°,6.

Depuis le 9 mars ni accès, ni secousses. Après les ventouses les symptômes d'asphyxie ont momentanément diminué, puis ils ont reparu plus intenses. L'affaiblissement fait des progrès.

12. — T. R. 41°,4 matin et soir. Symptômes de congestion méningitique. Le malade meurt à 7 h. 45 du matin. T. R. immédiatement après la mort : 41°,2 ; — une demi-heure après : 41° ; — une heure après : 39°,2. (*Fig.* 22)

MOIS	1884		1885		1886	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	»	»	48	»	57	10
Février	»	»	38	»	99	2
Mars	»	»	40	»	83	12
Avril	»	»	32	»	»	»
Mai	»	»	41	»	»	»
Juin	»	»	53	»	»	»
Juillet	»	»	52	»	»	»
Août	»	»	43	»	»	»
Septembre	»	»	51	»	»	»
Octobre	9	24	50	»	»	»
Novembre	84	159	54	»	»	»
Décembre	43	12	65	»	»	»
Totaux	136	195	567	»	239	24

Poids. — 1884. Octobre. 45 kil. 700 gr.
— 1885. Janvier. 52 kil.
— — Juin. 52 kil. 500 gr.

Poids. — 1886. Janvier. 57 kil.
— — Mars. Après décès. 48 kil.
Taille. — 1 m. 60.

AUTOPSIE. — *Symphyse cardiaque* ancienne; *brancho-pneumonie* double surtout aux bases; on ne constate dans les cavités thoracique et abdominale aucune autre lésion digne d'être rapportée.

L'*encéphale* pèse 1,160 gr.; le liquide céphalo-rachidien est légèrement augmenté. — La *pie-mère* présente une vascularisation aussi prononcée à la base qu'à la convexité, presque ecchymotique surtout du côté droit.—L'*hémisphère cérébelleux* droit pèse 15 gr. de plus que le gauche. — *Cervelet et isthme*, poids : 160 gr. On ne constate ni adhérence de la *pie-mère*, ni lésion en foyer, etc.

Hémisphère gauche. — La *scissure de Sylvius* est normale, et ne présente qu'un prolongement d'un centimètre environ dans le lobule pariétal inférieur. — Le *sillon de Rolando* est sinueux, profond. — La *scissure perpendiculaire externe* se prolonge en arrière par l'intermédiaire de la scissure interpariétale sur un centimètre de longueur avec le sillon occipital transverse, la partie postérieure isolée de la seconde scissure temporale et va former enfin un sillon préoccipital et aboutir à l'incisure préoccipitale. Il résulte de cette disposition que le lobe occipital est complètement isolé des lobes pariétal et temporal. — La scissure *interpariétale* prend son origine au fond de la scissure de Sylvius; elle est sinueuse, profonde, envoie au niveau de son coude un prolongement en γ formant ainsi en arrière de la circonvolution pariétale ascendante une scissure parallèle ; — à un centimètre en arrière de son coude, elle envoie d'abord un rameau ascendant qui, après avoir traversé le lobule pariétal supérieur, va se terminer en encoche sur la face interne, puis un rameau descendant allant rejoindre la scissure parallèle temporale, et séparant le lobule pariétal inférieur du pli courbe. A quelques millimètres plus loin on trouve un autre rameau descendant à parcours peu étendu.

Le *lobule orbitaire* est bien développé, très sillonné.

Face convexe. Lobe frontal. — En avant de la circonvolution frontale ascendante il existe une *scissure parallèle frontale* complète, prenant son origine dans la scissure de Sylvius et se terminant à 2 millim. de la scissure interhémisphérique. — La

première circonvolution frontale très sinueuse, fortement découpée dans tous les sens et bien développée, envoie deux plis de passage à la seconde circonvolution frontale qui interrompent la continuité de la *première scissure frontale* qui est sinueuse et profonde. — La *deuxième circonvolution frontale* est également bien développée, très découpée; à sa partie médiane se trouve un sillon profond allant de la première scissure frontale au sommet de la partie triangulaire de la troisième circonvolution frontale, ce sillon est bordé au niveau de la *deuxième scissure frontale* de deux plis de passage à niveau qui interrompent la continuité de la deuxième scissure en reliant les parties antérieure et postérieure du cap à la seconde circonvolution frontale. La *troisième circonvolution frontale* paraît assez bien développée.—La *circonvolution frontale ascendante*, sinueuse, est bien conformée. — La *circonvolution pariétale ascendante*, également sinueuse, est un peu grêle.

Lobe pariétal. — Les *lobules pariétaux supérieur et inférieur* ne présentent pas d'autres particularités que celles résultant du trajet de la scissure interpariétale ci-dessus décrite. — Le *pli courbe* est volumineux et relié à la deuxième circonvolution temporale par un pli de passage à niveau. — Le *lobe occipital* n'offre pas d'anomalies, mais ses circonvolutions sont un peu maigres.

Lobe temporal. — La *première circonvolution temporale* peu développée possède des circonvolutions temporales transverses très peu développées. La scissure parallèle, interrompue vers le milieu de son parcours par un pli de passage profond, envoie en avant de celle-ci un sillon profond qui divise entièrement la première circonvolution temporale; de ce même point part obliquement une autre incisure moins profonde qui se termine à l'incisure préoccipitale, après avoir divisé la *seconde circonvolution temporale* qui est bien développée. — La *deuxième scissure temporale* est très irrégulière et tronçonnée. — On ne saurait distinguer de *troisième circonvolution temporale*, qui, ici se trouverait confondue avec la seconde.

Face interne. Lobe temporo-occipital. — La *première scissure temporo-occipitale* est irrégulière, divisée en tronçons dont l'un envoie un sillon à la *deuxième scissure temporo-occipitale* à travers la *première circonvolution temporo-occipitale* qui, quoique bien développée est par suite très irrégulière et

mal délimitée du lobe temporal. — Toutes les parties situées à l'entour de l'incisure préoccipitale, mais surtout en arrière, soit sur la face convexe, soit sur la face interne, soit un peu en retrait et *chagrinées*. — La *deuxième scissure* et la *deuxième circonvolution temporo-occipitales* paraissent assez bien conformées, toutefois la partie médiane de la circonvolution est légèrement en retrait et chagrinée. — La *circonvolution frontale interne* est bien développée, très sillonnée. Le *lobule paracentral* est très développé, bien isolé des circonvolutions environnantes; il présente un sillon médian transversal. — La *scissure calloso-marginale* est sinueuse et va se perdre sur la face convexe à deux centimètres en avant de la scissure interhémisphérique. — La *circonvolution du corps calleux* ne présente rien de particulier, mais à sa partie la plus postérieure au niveau du bourrelet du corps calleux, elle est un peu en retrait. — Le *lobule quadrilatère*, moins bien développé, est divisé par un sillon vertical, aboutissant à la scissure souspariétale, il n'existe qu'un pli de passage pariéto-limbique postérieur. — Le *coin*, la *scissure perpendiculaire interne*, la *fissure calcarine* ne présentent aucune anomalie. — Le *corps calleux*, le *corps strié*, la *couche optique* paraissent normaux. — Il en est de même du *lobule de l'insula*.

Hémisphère droit. — La *scissure du Sylvius* se termine dans le pli pariétal inférieur où elle atteint presque la scissure interpariétale; à l'endroit où elle pénètre dans le pli pariétal inférieur, on trouve un petit pli de passage un peu en retrait qui isole sa partie pariétale; il existe deux rameaux antérieurs ascendants, l'un situé entre l'opercule et la circonvolution frontale ascendante va se jeter dans le sillon précentral inférieur, l'autre situé entre l'opercule et la partie triangulaire de la troisième circonvolution va se perdre dans la deuxième scissure frontale. — Le *sillon de Rolando*, très profond, a la forme d'un S. — La *scissure perpendiculaire externe* n'atteint pas la scissure interpariétale dont elle est séparée par un pli de passage à niveau allant du pli pariétal supérieur au lobe occipital. — La *scissure interpariétale* est très irrégulière, forme en arrière de la circonvolution pariétale ascendante une scissure parallèle presque complète, mais peu profonde à sa partie inférieure; elle envoie un peu au-dessus de son coude un sillon horizontal profond qui divise presque entièrement la pariétale ascendante en deux parties, une supérieure, et une

inférieure; à un centimètre en arrière de son coude, son trajet est interrompu par un pli de passage à niveau allant de la partie postérieure du pli pariétal supérieur au pli courbe; plus loin la scissure interpariétale va se terminer dans le premier sillon occipital. Le *lobule orbitaire* est bien développé, normal.

Face convexe. Lobe frontal. — En avant de la circonvolution frontale ascendante, on trouve une *scissure parallèle* qui n'est interrompue que par un pli de passage un peu en retrait, allant de la deuxième circonvolution frontale à la frontale ascendante. — La *première circonvolution frontale* qui est bien développée, très sillonnée, envoie à son tiers antérieur un pli de passage à niveau, grêle, à la deuxième circonvolution frontale qui est bien développée, mais très irrégulière; celle-ci est très sillonnée; à son tiers antérieur, elle est divisée par un sillon profond qui longe la face antérieure du pli de passage ci-dessus et fait communiquer entre elles la *première* et la *deuxième circonvolution frontale;* à un centimètre et demi environ plus en arrière on trouve un autre sillon profond qui, après être descendu d'abord verticalement dans la deuxième frontale, marche ensuite parallèlement à elle vers son milieu et va se jeter dans la scissure parallèle frontale, en formant ainsi un dédoublement de la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale. — Un pli de passage légèrement en retrait, allant de la partie supérieure de l'opercule à la deuxième frontale, interrompt la continuité de la deuxième scissure frontale à sa partie la plus postérieure. — La *troisième circonvolution frontale* est bien développée, mais irrégulière; on y trouve encore à sa partie la plus antérieure un pli de passage se rendant à la deuxième circonvolution frontale. — La *circonvolution frontale ascendante,* sinueuse, est déprimée à son centre qui est très grêle et surplombé par la circonvolution pariétale ascendante bien développée à sa moitié inférieure, mais plus grêle que de coutume à sa moitié supérieure.

Lobe pariétal. — Le *pli pariétal supérieur,* bien développé dans ses deux tiers antérieurs, est maigre dans son tiers postérieur isolé du reste du lobule par un rameau ascendant de la scissure interpariétale, rameau qui, après avoir contourné la scissure interhémisphérique, se termine sur la face interne. — Le *lobule pariétal inférieur,* bien développé, est isolé du pli courbe, également bien développé, par un sillon descendant se rendant de la scissure interpariétale, à la scissure parallèle. —

La presque totalité du lobule pariétal inférieur, surtout dans sa partie postéro-inférieure, est chagrinée ; il en est de même du pli courbe, mais à un degré moins prononcé.

Le *lobe occipital* est assez volumineux ; mais ses deuxième et troisième circonvolutions sont un peu chagrinées.

Lobe temporal. — La *première circonvolution temporale* est bien développée, présente des circonvolutions temporales transverses semblables à celles de gauche. La *scissure parallèle*, très profonde, se divise à son extrémité postérieure en deux rameaux, l'un antérieur qui se perd dans le pli pariétal inférieur, l'autre postérieur qui, après avoir pénétré dans la portion postérieure de la seconde circonvolution temporale, est coiffé par le pli courbe.— La *deuxième circonvolution temporale* est bien développée et chagrinée dans sa moitié postérieure. — La *deuxième scissure temporale* est irrégulière, tronçonnée, mais on peut à la rigueur, surtout postérieurement, distinguer une *troisième circonvolution temporale* également un peu *chagrinée* et légèrement en retrait vers l'incisure préoccipitale.

Face interne. Lobe temporo-occipital. — La *première scissure temporo-occipitale* est assez profonde, sinueuse. La *première et la deuxième circonvolutions temporo-occipitales* sont bien développées. — La *deuxième scissure temporo-occipitale* est profonde.

La *circonvolution frontale interne*, bien conformée, est très sillonnée. — Le *lobule paracentral*, bien développé, a la forme d'une bourse dont l'ouverture siégerait au niveau de la *scissure calloso-marginale* qui est normale ; un pli de passage à niveau, maigre, relie la partie inféro-antérieure du lobule paracentral à la circonvolution frontale interne. — Le *lobe quadrilatère* est petit, maigre, possède un petit pli pariéto-limbique postérieur. — Le *coin*, la *scissure perpendiculaire interne*, la *fissure calcarine* ne présentent pas d'anomalies. — Le *corps calleux*, le *corps strié*, la *couche optique* n'offrent rien de particulier. — Il en est de même du *lobule de l'insula*.

Le malade Gr. a présenté des *actes automatiques* ne se différenciant guère de ceux qu'on observe ordinairement chez les épileptiques; mais l'on a noté, en

outre, des *phénomènes rotatoires* qui se rencontrent également assez souvent chez certains épileptiques[1], soit d'une façon à peu près constante, soit à de rares intervalles et sur la nature desquels il est encore difficile de se prononcer. Les lésions portent surtout sur l'hémisphère cérébral droit dont certaines circonvolutions des lobes pariétaux et temporal offrent un certain degré d'atrophie et un aspect chagriné.

L'hémisphère cérébelleux gauche était atrophié et pesait 15 grammes de moins que le droit. Les phénomènes rotatoires présentés par le malade auraient été sous la dépendance de cette lésion; mais nous ne saurions lui attribuer de même les actes automatiques simples que nous avons signalés; ajoutons toutefois, qu'avant son entrée à Bicêtre, Gr... avait la manie de s'en aller, qu'il a été retrouvé dans différents endroits de Paris, mais nous ignorons s'il était *procursif*.

Les circonvolutions et les scissures cérébrales étaient très anormales; à gauche la scissure perpendiculaire externe, en se prolongeant jusqu'à l'incisure préoccipitale, isolait, comme chez le singe, les lobes pariétaux et temporal du lobe occipital.

Bien que cela nous écarte un peu de notre sujet, il est un point de l'histoire de ce malade que nous ne pouvons laisser passer sans attirer sur lui l'attention de nos lecteurs : il s'agit des deux *états de mal* qu'il a eus en 1884 et en 1886. Dans les deux cas, la *température centrale* a suivi la marche régulière signalée souvent par l'un de nous (*fig.* 21 et 22). Le premier tracé

[1] « One of my patients always hopped round the room before he fell in a fit. » (Gowers, *On Epilepsy*, p. 121.)

montre la marche de la température dans un état de mal qui se termine par la guérison; le second nous donne la marche de la température dans un cas d'état de mal aboutissant à la mort, avec les deux sommets classiques, l'un correspondant à la fin de la *période convulsive*, l'autre correspondant à la *période méningitique* terminale.

OBSERVATION XXXVII. — *Mère, nerveuse. — Grand'mère maternelle, attaques de nerfs, somnambulisme, migraines.*

Conception par viol. — Grande différence d'âge entre les père et mère. — Premières convulsions à six mois. — De quinze mois à quatre ans, vertiges. — Premier accès à sept ans. — Débilité mentale. — Idées mélancoliques après les accès. — Excitation maniaque. — Onanisme. — Hydrothérapie et bromure de sodium. — Kyste hydatique du foie : Ponction ; guérison.

Led... (Charles), né le 13 mars 1863, est entré le 4 mai à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Led.. n'a que des accès de nuit ; après l'accès, *il cherche à faire son lit, parcourt la salle,* puis va se coucher dans le premier lit venu.

OBSERVATION XXXVIII. — *Pas d'antécédents héréditaires. — Incontinence nocturne intermittente d'urine. — Epilepsie, attribuée à des coups qu'il aurait reçus d'une employée de son père.*

Jarr..., né le 20 mars 1876. Ce malade a des vertiges diurnes accompagnés de marche. — Après les accès nocturnes il se lève parfois, va embrasser son père inconsciemment et se recouche.

OBSERVATION XXXIX. — *Père mort d'un cancer de la langue. — Cousine germaine du côté maternel, hystérique. — Deux frères morts de méningite. — Asphyxie à la naissance*[1]. — *Marche et parole à quatre ans. — Convulsions à treize mois. — Incontinence nocturne d'urine jusqu'à seize ans. — Onanisme dès l'enfance. — Intelligence peu développée. — Sodomie. — Inversion du sens génital. — Début de l'épilepsie non précisé. — Parfois aura. — Hallucinations après l'accès. — Hernie inguinale gauche.*

Gib... (Arthur-Philibert), né le 22 décembre 1850, est entré le 2 septembre 1885, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

[1] C'est là une des causes les plus fréquentes des maladies de l'encéphale qui produisent l'idiotie, et sur laquelle nous avons souvent appelé l'attention (B.).

Ce malade accomplit des actes automatiques après ses accès... Avant de tomber, il fait trois ou quatre pas en tournant. Après l'accès, pendant vingt minutes environ, il cherche sous les tables, les armoires, de prétendus rats et des souris.

OBSERVATION XL. — *Père douteux. — Mère débauchée. — Début des accès à quatre ans. — Chute dans la Seine. — Roulement, automatisme. — Etourdissements précédant les accès. — Onanisme. — Kleptomanie, gloutonnerie, herbivore. — Clastomanie, fugues. — Ingestion exagérée de boudin; retour des aliments, introduction dans les voies respiratoires. — Mort.*

AUTOPSIE : *Œsophage, larynx, bronches remplis de boudin; estomac plein ; thymus persistant. — Atrophie des lobes occipitaux. — Hémisphère droit 20 gr. de moins que le gauche.*

Fauc... (Léon), né le 11 juillet 1870; est entré le 17 juillet 1885 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) et y est décédé le 2 décembre 1885. — Ce malade se déchire, se déboutonne, retire son pantalon, le laisse tomber, prend sa verge, se touche et souvent s'endort.

OBSERVATION XLI. — *Grand'mère paternelle, névralgies. — Tendance aux congestions dans la famille paternelle. — Oncle paternel, mort de convulsions. — Tante paternelle, attaques de nerfs et insuffisance intellectuelle. — Grand'mère maternelle et deux oncles maternels, suicide. — Trois morts subites dans la famille maternelle. — Un frère, une sœur, une cousine germaine, morts de convulsions.*

Premières convulsions à six semaines portant exclusivement sur le côté droit et prédominant au bras. — Vertiges (deux ans et demi à six ans). — Premiers accès à six ans. — Onanisme. — Hémiplégie droite. — Imbécillité. — Microcéphalie.

Lacro... (Henri), né le 5 avril 1866, est entré le 11 juillet 1882, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Après les accès, Lacro... déchire régulièrement ses draps et ses effets.

OBSERVATION XLII. — *Epilepsie. — Légère déchéance intellectuelle. — Automatisme.*

Jaco... (Adolphe-Henri), né le 8 janvier 1864, est entré, le 31 mai 1877, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Jaco..., à la suite de ses accès, se déshabille complètement, cherche à se coucher dans le lit de camp, comme si c'était un véritable lit.

OBSERVATION XLIII. — *Père, mort phthisique. — Un frère, mort de convulsions. — Un autre : hémiplégie gauche non infantile. — Peur pendant la grossesse. — Accouchement huit jours après. — Convulsions de six semaines à trois ans. — Puis accès convulsifs. — Aura médiate. — Soubresauts. — Pyromanie. — Excitation maniaque. — Violences. — Hémorrhoïdes. — Diminution des facultés intellectuelles. — Hydrothérapie.*

Pla... (François-Dominique), né le 2 janvier 1829, est entré le 15 janvier 1875 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Aussitôt l'accès terminé, Pl... saisit les colonnes de la salle du chauffoir, cherche à les ébranler; il prend ensuite les matelas du lit de camp, simule l'acte de faire un lit.

Avant son entrée à Bicêtre, on avait constaté qu'après les accès, Pl... cherchait à sortir, il fallait le maintenir, le surveiller.

OBSERVATION XLIV. — *Père mort phthisique. — Un oncle paternel phthisique. — Un autre épileptique. — Mère migraineuse. — Grand'mère maternelle hystérique. — Une tante maternelle phthisique. — Sœur, morte de convulsions. — Gémellarité. — Premières convulsions à treize mois. — Début des accès à vingt-deux ans. — Diminution des facultés intellectuelles. — Onanisme. — Automatisme.*

Louq... (Paul-Denis), né le 29 novembre 1850, est entré le 26 novembre 1881 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Ce malade cherche après l'accès, pendant dix minutes, à ouvrir toutes les portes avec n'importe quel objet qui lui tombe sous la main. Il cherche souvent également à se déshabiller.

Etant encore chez sa mère, Louq... accomplissait des *actes automatiques* : il voulait s'en aller: « Oh ! ça y est, disait-il, je veux aller travailler. » Il se déboutonnait, cherchait dans ses poches, commençait à se déshabiller. Quelques jours avant son entrée à Bicêtre, il se serait, après un vertige, déshabillé dans la rue Cardinal-Lemoine ; il accrochait ses habits. On l'a reconduit chez lui (rue Rollin) et on l'a couché sans qu'il s'en doute. Au bout de quelques minutes, il revint à lui.

OBSERVATION XLV. — *Mère, nerveuse, inconduite, migraineuse, morte phthisique. — Cousin germain idiot. — Frères, morts de convulsions. — Premiers accès à douze ans. — Aura nasale. — Automatisme post-épileptique.*

Dog... (Jacques), né le 3 janvier 1865, est entré le 12 août 1880 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Ce malade, dont l'un de nous a déjà publié l'observation[1], présente de l'automatisme à la suite de ses accès : il se lève, l'air égaré, traverse toute la salle de l'infirmerie, va à un lit vide, essaie de l'ouvrir par le pied, finit enfin par relever le drap et se couche sous la couverture. Il répond à peine aux questions et par monosyllabes : « Je ne sais, mon lit, etc., » puis il s'endort paisiblement. C'est sous cet aspect que nous avons observé chez ce malade l'automatisme à la suite d'un accès le 8 février 1882.

OBSERVATION XLVI. — *Père diabétique. — Grand'mère paternelle phthisique. — Mère hystérique. — Deux cousins germains de la mère du côté paternel, épileptiques. — Vertiges à dix-huit mois, accès à six ans. — Phénomènes cataleptiques. — Aura. — Folie et courses consécutives. — Pyromanie et kleptomanie. — Mort dans un accès.*

De Buss... (Gaston-Emile), né le 5 mai 1859, est entré le 16 mars 1874 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) et y est décédé le 8 septembre 1883.

Aura.—Au début il s'écriait : « Maman, bobo », il se plaignait que ça lui piquait dans la tête et dans le nez. Il accourait vers sa mère chez laquelle il ne s'est jamais blessé. Dans son sommeil il appelait également : « Maman, bobo », poussait un cri très fort ; rigidité générale, secousses cloniques. Pas d'écume ; morsure rare de la langue. Après les accès, sommeil d'une demi-heure. Quelquefois folie consécutive : il criait, gesticulait, *courait* dans la chambre, dans l'avenue (à Saint-Mandé), voulait tuer sa mère parce qu'elle ne voulait pas lui laisser faire tout ce qu'il voulait. Il voulait se jeter par la fenêtre pour la même raison. Ces « furies » ne duraient que quelques minutes. Il a mis une fois le feu dans la salle à manger où il s'était enfermé.

II. AUTOMATISME PROFESSIONNEL. — Les actes automatiques professionnels sont presque aussi fréquents que les précédents, mais leur importance en médecine légale est bien moindre.

OBSERVATION XLVII — *Mère, morte d'un cancer au sein. — Début de l'épilepsie vers l'âge de trente-quatre ans.*

Crél... (Félix), né le 12 octobre 1825, est entré le 25 mars 1886, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

[1] Bricon (P.). — *Du traitement de l'épilepsie ;* Paris, 1882, obs. X, p. 97.

Nous avons ici affaire à un cas d'*automatisme professionnel;* ce malade est tailleur; après l'accès il fait semblant de coudre au moins pendant dix minutes.

Observation XLVIII. — *Père alcoolique, céphalalgique, rhumatisant, mort d'apoplexie ainsi qu'un oncle paternel. — Un petit-cousin paternel, imbécile. — Alcoolisme. — Premier accès à vingt-neuf ans. — Vertiges. — Aura médiate au début. — Diminution de la mémoire. — Périodes de mélancolie et d'agitation. — Rhumatismes. — Automatisme.*

Ru... (Louis-Pierre), né le 26 avil 1842, est entré le 23 décembre 1880 à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Ce malade est occupé à la buanderie; il a présenté de l'automatisme professionnel observé durant un vertige. Il était en train de plier du linge, il pâlit, se lève sans mot dire, prend un drap, le plie seul, répond machinalement aux questions qu'on lui adresse; la face devient pourpre, et le malade se dirige vers le bassin, prend du linge et une brosse et se met à frotter pendant vingt minutes tout à fait automatiquement. Revenu à lui, il est tout étonné de se trouver là et dit aux personnes qui l'environnent: « Mon Dieu, que c'est bête d'avoir cette maladie! où suis-je? » Il se remet ensuite paisiblement à son travail. Chez lui Ru... accomplissait parfois, avant l'accès, des actes automatiques. S'il était en train de manger, il remuait sa cuiller, écartait son assiette, chiffonnait avec les mains, faisait mouvoir sa langue entre les dents.

Observation XLIX. — *Aura. — Diminution des facultés intellectuelles. — Onanisme.*

Tixi... (Victor-Jules), né le 21 juin 1862, est entré le 24 mars 1878, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

C'est encore un exemple d'*automatisme professionnel.* Ce malade travaille au marais. Après un des accès observés, il se met à se promener dans le réfectoire et fait le simulacre pendant huit minutes de semer des pois ou d'autres graines.

III. Automatisme précédant l'accès. — L'automatisme préépileptique est assez rare; on en trouve cependant quelques exemples dans les auteurs. Tels sont, par exemple, les cas suivants publiés par Herpin [1].

[1] Herpin. — *Loc. cit.*, p. 122.

— Une couturière, qui essayait une robe à une dame, répète à plusieurs reprises la courte phrase qu'elle prononçait au moment de perdre connaissance ; elle s'assied, l'œil hagard, elle baise le verre d'eau qu'on lui présente, se raidit de tous les membres, et l'attaque se complète.

— Le fils d'un médecin, pris à table un jour devant son père, jette au loin le verre dont il buvait le contenu au moment de perdre connaissance ; une autre fois, saisi au milieu d'un jeu, dans la cour d'un lycée, il entre sans tunique dans une classe qui n'était pas la sienne, insulte un maître d'étude, puis se roidit et tombe.

— Le neveu d'un autre médecin, étant à table et mangeant, en présence de son oncle, se lève brusquement et, par des mouvements désordonnés, mais non convulsifs, renverse les objets qui étaient devant lui ; bientôt, flexion de la tête en avant, lèvres avancées, aucun cri, on le retient dans sa chute, contraction générale, figure pourpre.

A ces cas nous ajouterons les suivants, observés chez des malades du service de Bicêtre :

Observation L. — *Père alcoolique. — Mère phthisique. — Sœurs et pères malformés et convulsifs. — Hydrocéphalie légère. — Epilepsie consécutive* (huit ans). — *Aura stomacale et rotatoire ; alcoolisme. — Vagabondage. — Déchéance intellectuelle. — Traitements divers.— Hydrothérapie.— Bromure de nickel, sans succès.*

Mor.. (Charles), né le 7 décembre 1865, est entré le 24 septembre 1882, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Il s'agit dans ce cas de mouvements automatiques précédant immédiatement l'accès. — Mor.... se frotte la tête et marche en disant : « Oh ! j'ai mal à la tête, je vais tomber. »

Observation LI. — *Père alcoolique, colérique, eczémateux, mort phthisique. — Grand-père maternel alcoolique. — Frère mort de convulsions. — Autre frère, convulsions et tumeurs blanches. — Première dent à sept mois; parole à un an, marche à quinze mois. — Coqueluche à deux ans et demi, puis fièvre typhoïde et pneumonie.— Rougeole à quatre ans.— Accidents cérébraux à deux ans. — Scarlatine, premier accès à dix ans. — Accès surtout nocturnes. — Kleptomanie. — Sauts et courses, congestion méningitique, déchéance intellectuelle, onanisme. — Automatisme. — Bromure d'arsenic, aimant, nitrate de pilocarpine.*

Del... (Léon-Jules), né le 19 décembre 1869, est entré le 10 mars 1881, à Bicêtre (service de M. Bourneville) et y est décédé le 15 avril 1885.

L'observation de ce malade a déjà été publié par l'un de nous[1]. Il s'agit dans ce cas d'*automatisme préépileptique*. Qu'il soit endormi dans son lit ou sur une chaise, il se lève d'un bond; il a peur, semble regarder un point fixe en l'air, les bras en avant, il va à reculons, comme pour fuir un danger, profère des cris étouffés; une fois on l'a entendu dire: « Ils sont deux »; une autre fois, il tapait sur son oreiller à coups de poings, disant : « Je le tue »; d'autres fois, il dit : « Ça y est »; durée : deux minutes; mais si à la suite, il y a des convulsions, cela dure plus longtemps; il s'affaisse, les yeux se tournent, les membres se raidissent, puis il a des secousses, de l'écume; il ne se mord pas la langue, mais urine quelquefois sous lui; enfin il se rendort.

OBSERVATION LII. — *Mère hystérique, intelligence peu développée.— Grand'mère maternelle, mélancolie, idées de persécution. — Né avant terme : convulsions à vingt-deux mois, début de l'épilepsie à trois ans.— Aura. — Etat de mal. — Déchéance intellectuelle. — Violences. — Délire postépileptique. — Kleptomanie, automatisme.— Dilatation pupillaire droite. — Embarras de la parole. — Etat de mal. — Mort.*

AUTOPSIE.—*Persistance du thymus[2], épiploon de la vésicule biliaire.— Persistance oblique du trou de Botal. — Légère induration du bord libre d'une valvule mitrale. — Méningo-encéphalite.*

Vissi... (Alexandre-Raphaël-Georges), né le 30 décembre 1868, est entré le 13 mars 1885, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), et y est décédé le 19 avril 1885.

Nous avons affaire ici à un cas d'*automatisme préépileptique*. — Tout d'un coup Viss... se levait, marchait ou non et donnait de violents coups de pieds, ou de violents coups de mains; tantôt dans le vide, tantôt sur les personnes; un jour, la première fois qu'on a remarqué ces accidents, il a donné un violent coup de main sur l'épaule de sa mère. — Jamais il n'a frappé son père; il lui disait: « Papa attache-moi! » Dans ses mouvements, les objets étaient brisés.

A Bicêtre, le malade n'avertissait pas, mais on assure que avant ses accès, il courait une vingtaine de pas, donnait un soufflet à la personne qui se trouvait devant lui et tombait en accès; la main ouverte, il frappait où il pouvait; l'infirmier qui nous renseigne aurait été frappé deux fois.

[1] Bricon. — *Du traitement de l'épilepsie*, 1882, p. 91.

[2] Nous avons eu l'occasion d'observer souvent la persistance du thymus, même chez des adultes; nous consacrerons prochainement à ce sujet une note.

Les divers auteurs qui ont traité de l'épilepsie ont, pour la plupart, parlé de l'automatisme, souvent, il est vrai, en termes fort concis. On trouve disséminées dans les journaux et les recueils de médecine des observations de malades atteints d'épilepsie accompagnée d'automatisme.[1]

Dans sa thèse sur la *Pathologie des états épileptoïdes,* O. Berger [2] établit un rapprochement entre une de ses observations et celle publiée antérieurement par Semmola, qui se rapporte à l'épilepsie procursive proprement dite. Nous n'y voyons, pour notre part, qu'un de ces cas d'automatisme si fréquemment observés chez les épileptiques. Nous croyons toutefois utile de le rapporter entièrement, laissant au lecteur le soin de juger en dernier ressort.

OBSERVATION LIII. — *Mère morte maniaque. — Signes légers de dégénérescence. — Début à vingt-deux ans. — Vertiges. — Accès procursifs. — Morsure de la langue. — Irritabilité très prononcée. — Déchéance intellectuelle assez notable.*

Johann S..., vingt-sept ans, messager postal, ancien conducteur de chemin de fer, est un individu pâle, un peu chétif. Son père vit encore, sa mère est morte maniaque à l'âge de quarante ans. Frères et sœurs bien portants. J... S... n'aurait

[1] Nous n'avons pas la prétention de relater ici toutes les observations d'automatisme publiés par les auteurs; il nous faudrait citer presque tous les médecins qui se sont occupés de l'épilepsie; nous rappellerons seulement que c'est peut-être à Herpin que nous sommes redevables du plus grand nombre d'observations de ce genre. (*Loc. cit.*, p. 144, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 186, 193, 195, 199). — Voir encore pour l'automatisme les observations de Stevens et C. H. Hughes (*The Alienist and Neurologist.*, avril 1880, analyse dans *Archives de Neurologie*, t. I, p. 318), d'Althaus (*Brit. med. Journal*, 1886), de A. Robertson (*Brit. med. Journal*, 21 avril 1887), Gowers, p. 185, 186, 187, 188), etc., etc.

[2] O. Berger. — *Zur Pathologie der epileptoïden Zustände nach 25 Beobactungen der Kgl. Charité zu Berlin.* — Inaugural. Dissertation. Berlin, 1867. Observ. I, p. 24.

été atteint d'aucune maladie en dehors de l'épilepsie. La tête, par rapport au corps, est fortement développée ; le crâne est aussi plus développé ; le crâne est de même plus développé que la face. Le front étroit est très proéminent ; une crête assez marquée indique très manifestement la suture bi-frontale. Au toucher, on constate que la tête est très sensible dans toutes ses parties. Les oreilles sont longues et larges, les organes génitaux sont bien développés. Les poumons, le cœur, les organes abdominaux sont normaux. Le malade, les yeux fermés et les pieds rapprochés l'un de l'autre, a quelque peine à se tenir debout ; après une demi-minute de station debout, il risque de tomber en arrière et ressent encore de la gêne motrice même après avoir ouvert les yeux. Veut-il tourner sur son axe? il tombe bientôt en arrière ; la chute est plus rapide s'il essaie de tourner à gauche. On ne note pas de troubles de la sensibilité et de la motilité. Le malade présente une hyperesthésie généralisée à tout le corps, et un examen répété menace de produire une chute. Le fond de l'œil est très pigmenté, les veines sont très dilatées, les pupilles sont normales.

Le malade eut son premier accès, il y a cinq ans, sans cause connue. Sans aura préalable, il fut pris d'un vertige et tomba évanoui. Les accès se repétèrent ensuite chaque semaine de deux à trois fois ; à leur suite, le malade ne revenait à lui qu'après un assez long temps. Depuis son entrée à l'hôpital, J. S... a eu deux ou trois accès par jour, leur durée est de deux à trois minutes. Après l'accès, le pouls radial est intermittent, tout à fait arythmique, modérément plein et facilement compressible. D'ordinaire, une forte pulsation est suivie d'une plus longue pose, puis viennent trois ou quatre pulsations à de courts intervalles. Le cœur n'est hypertrophié dans aucun de ses diamètres, les tons sont purs.

Les accès sont tantôt légers, tantôt forts. Dans le premier cas, ils se présentent sous la forme vertigineuse : pâleur de la face, chute sans mouvements convulsifs. Le pouls est accéléré et le malade reste à la suite hébété pendant quelques minutes ; il regarde autour de lui d'un air étonné, ne répond pas aux questions ; toutefois, il revient complètement à lui peu de temps après.

Les accès ont parfois un tout autre caractère ; en voici un exemple : Le malade essayait de tirer un tiroir droit à lui, lors-

qu'il pâlit subitement ; la tête s'incline en avant, puis alors il commence à décrire, avec assez de lenteur, de *petits cercles* de droite à gauche ; au troisième tour, il tombe en arrière. Au-devant de la bouche quelque peu entr'ouverte se trouve une petite quantité d'écume non sanguinolente. Les yeux sont directement dirigés en bas, les pupilles moyennement dilatées ; les extrémités sont, comme à l'ordinaire, en demi-flexion ; on ne constate ni secousses cloniques, ni secousses toniques. Après une à une minute et demie environ, le malade complètement hébété se relève, déchire ses effets, ramène vivement son pantalon jusqu'au-dessus des genoux, ne répond à aucune question. Un quart après il est à peu près complètement revenu à lui ; il répond d'une façon assez juste aux questions, mais d'un ton quelque peu criard. — Ces sortes d'accès alternent irrégulièrement avec les crises vertigineuses décrites plus haut.

Etat psychique. — Dans les premiers temps de son séjour à la Charité le malade ne présentait qu'un léger degré d'affaiblissement intellectuel ; il travaillait avec assez de zèle, était d'une politesse exagérée. Mais peu à peu il devint très irritable, cherchant dispute pour la moindre cause. Il était excité, circulait avec rapidité dans les salles, menaçait et injuriait si l'on n'exécutait pas ses volontés, et même si l'on s'y soumettait. Il expliquait d'une voix criarde et en gesticulant vivement sa maladie au médecin, demandait à ne plus suivre de traitement « pour se chercher son droit dehors ». En parlant au médecin, les mains, toujours en mouvement, sont placées devant lui ; il prononce tous les mots avec une intonation spéciale et forte ; il discourt pendant quelques minutes, d'une voix criarde et animée de toutes choses, mêmes de celles qui lui sont tout à fait indifférentes. L'affaiblissement des facultés intellectuelles s'est enfin accru au point que le malade ne saisit plus bien le sens des questions un peu longues.

Il s'agit ici d'actes automatiques précédant l'accès suivis de mouvements rotatoires, mais l'on ne saurait assimiler ces actes à l'épilepsie procursive proprement dite, dont ils diffèrent de tous points. — Dans le même travail Oscar Berger rapporte plus loin quel-

ques cas d'épilepsie accompagnés de phénomènes moteurs que nous ne croyons pas utile de rapporter ici; nous y renvoyons le lecteur.

Il nous resterait à donner l'explication physiologique de l'automatisme, nous aimons mieux de nous abstenir de toute hypothèse nouvelle. Nous rappellerons seulement qu'Anstie, Thompson, Dikson, Hughlings Jakson, etc., ont attribué l'automatisme à l'épuisement des centres cérébraux supérieurs par la décharge, et à la perte temporaire du contrôle que ces derniers devraient exercer sur les centres complexes qui se trouvent juste au-dessous d'eux et agissent, par conséquent, d'une façon automatique et insubordonnée. (*A suivre.*)

REVUE CRITIQUE

LA CATATONIE;

Par J. SÉGLAS, médecin-suppléant de la Salpêtrière, et PH. CHASLIN, médecin-suppléant de Bicêtre.

On a cherché de tout temps à grouper ensemble quelques-uns des nombreux faits épars dans le vaste champ de l'aliénation mentale, à constituer des espèces pathologiques distinctes. La paralysie générale reste la seule indiscutée jusqu'à présent. D'autres essais ont été faits plus ou moins justifiés. Nous avons l'intention d'examiner ici une de ces tentatives suscitée par le désir de donner un pendant à la méningo-encéphalite et sur laquelle les auteurs ne sont pas encore d'accord : nous voulons parler de ce qui a été décrit en Allemagne sous le nom de Catatonie ou Spannungs-Irresein.

I

Le premier et le principal travail sur la Catatonie date de 1874 et est dû à Kahlbaum [1], qui tente, dans une importante monographie, de délimiter une forme de maladie dans laquelle certains symptômes somatiques et plus particulièrement musculaires accompagnent, comme dans la paralysie générale, et aussi fréquemment que dans cette maladie, certains phénomènes psychiques et jouent un rôle capital dans tout le processus morbide.

Cette nouvelle forme de vésanie serait extrêmement voisine de ce qu'on appelle la *mélancolie attonita* que l'on considère ordinairement comme une maladie distincte; mais si l'on examine soigneusement les cas de mélancolie attonita (ou plus brièvement de *Attonitat*), on découvrira, d'après Kahlbaum, très souvent au début de la maladie des attaques épileptiformes ou d'autres manifestations de crampes arrivant par attaques. Puis ces états devenus durables atteignent leur plus grand développement dans la flexibilité cireuse de l'*attonitat* et persistent encore la partie dans la démence terminale. A côté de ces symptômes que leur importance met en parallèle avec les phénomènes paralytiques de la paralysie générale, on trouve encore d'autres caractères somatiques et surtout psychiques, notamment une espèce particulière d'exaltation que l'on peut qualifier d'*extase pathétique* et aussi une tendance à parler en forme de discours, à déclamer; qui donneraient à la maladie une physionomie caractéristique à côté des symptômes habituels de la mélancolie attonita. Tout cet ensemble constitue la *Catatonie*. Jusqu'à un certain point, cette forme serait un pendant à la paralysie générale avec ou sans délire des grandeurs; analogue à celle-ci par la succession des différents états psychiques en relation avec des symptômes musculaires, elle en différerait au contraire par la qualité de la modification musculaire et psychique et, par suite, par le pronostic.

Si l'on considère l'ensemble des phénomènes psychiques de la Catatonie on trouve qu'elle présente successivement les formes principales qu'affectent les troubles intellectuels, mélan-

[1] Kahlbaum. — *Die Katatonie*. Berlin, 1874.

colie, manie, stupeur (*Attonitat*), affaiblissement intellectuel avec conceptions délirantes actives mais peu systématisées et souvent même incohérentes (*Verwirrtheit*), démence. La durée de chaque stade est très variable et souvent on voit des alternatives de dépression et d'excitation; mais c'est en somme l'état mélancolique qui est le plus long. La mélancolie avec stupeur suit immédiatement la mélancolie initiale ou en est séparée par un accès de manie, ce qui est le plus fréquent. Il est à remarquer que, dans les cas où cet accès maniaque manque, il y a eu souvent dans les années antérieures un accès de manie. Dans des cas très rares, c'est la mélancolie avec stupeur qui ouvre la scène : ce fait se présente surtout quand il y a eu des chocs violents physiques ou moraux (frayeur intense, traumatismes, pendaison, etc.). D'autres fois, après une stupeur de courte durée arrive de nouveau de l'excitation ou un état de franche mélancolie à laquelle succède la stupeur avec ou sans stade de manie, ce que l'on peut considérer comme une recrudescence du processus morbide. Quelquefois au milieu d'un long stade (semaine ou mois) de manie apparaissent quelques jours seulement de stupeur. Dans des cas plus rares, la stupeur alterne avec un état de Verwirtheit secondaire. Les terminaisons peuvent être la démence, la guérison ou la mort. — Il y a encore des cas où la Catatonie se développe au milieu d'un état d'excitabilité nerveuse ou d'un état de dépression physique générale. Mais alors elle ne débute plus par de la mélancolie, à moins qu'elle ne soit annoncée par une légère teinte hypocondriaque : c'est un stade maniaque qui commence la maladie.

Dans la majorité des cas, c'est la stupeur qui l'emporte en durée sur tous les autres stades; mais il faut noter cependant que la transition à la démence se fait d'une manière insensible.

Quoiqu'il en soit, il y a toujours un caractère cyclique marqué. Ordinairement le début se fait lentement et progressivement; puis la Catatonie arrive à un stade d'acmé et redescend se perdre dans la démence. Dans beaucoup de cas après la stupeur (Attonitat) se développe un état de Verwirtheit secondaire ou général avant la démence complète, et avant cette stupeur se place un état maniaque qui la sépare de la mélancolie initiale. La stupeur marquerait ainsi le commencement du stade de décroissance.

Quant au symptômes en particulier, ils n'ont rien de bien spécial sauf cependant ceux du stade d'exaltation. Comme ensemble c'est ou bien de la mélancolie agitée ou bien l'excitation la plus violente, ou bien un délire systématisé (*Wahnsinn*) plus fixe. On rencontre alors quelques symptômes particuliers à la Catatonie et qui peuvent servir à faire le diagnostic même avant le stade de stupeur. C'est d'abord le *caractère pathétique* sous forme d'exaltation théâtrale, d'extase tragico-religieuse que revêtent les paroles et les actes des malades. Ils déclament et récitent perpétuellement en gesticulant, arrivant souvent même à l'idée qu'ils veulent être acteurs ou même qu'ils le sont. Ils disent des banalités, comme s'ils étaient convaincus qu'elles sont d'un intérêt capital pour l'humanité ou bien causent de choses extrêmement sérieuses bien au-dessus de leur profession, et sans délire de grandeur bien caractérisé ils en arrivent à croire que le monde est particulièrement intéressé aux petits événements de leur existence. La manie de lire, de déclamer, de réciter à haute voix (*Redesucht*) que l'on rencontre dans le stade de l'exaltation est très différente du bavardage et des cris des maniaques ordinaires. Entre autres caractères propres à la Catatonie, elle présente le fait de la répétition de mots et de phrases sans aucun sens ou ne se suivant pas, mais prononcés comme si le malade faisait un discours. Cette « *Verbigération* » est une crampe coordonnée du centre cérébral des organes de la parole qui est absolument spéciale à la Catatonie. Il ne faut pas la confondre avec la radoterie des déments loquaces (Verwirten) et des affaiblis, avec la Redesucht ordinaire, avec l'idéorrhée (*Ideenflucht*) avec la *Confabulation*[1]. Cependant, au cours de la maladie, la verbigération peut se transformer en l'une quelconque de ces autres formes. En outre à côté de la verbigération il faut noter l'habitude remarquable d'employer souvent des diminutifs. Quant au mutisme de la stupeur, il peut être absolu ou relatif, partiel, intermittent. Tantôt il est volontaire (dû à la crainte causée par une idée délirante ou une hallucination), tantôt involontaire (par absence d'idée et incapacité d'attention), tantôt il reste inexplicable. Tandis que la loquacité déclamatoire (Redesucht)

[1] La confabulation se distingue de la verbigération par son caractère d'imagination créatrice et fantaisiste (phantastisch-productiver Inhalt). Kahlbaum; *loc. cit.*, p. 39.

et la verbigération seraient dues à une convulsion clonique, le mutisme serait dû, au contraire, à une convulsion tonique.

Assez souvent pendant la stupeur il y a absence d'idéation, arrêt de la pensée. D'autres fois on constate d'une part des idées délirantes avec hallucinations comme dans la mélancolie et, d'autre part, des idées de grandeur, de naissance illustre: quelques malades, durant le stade de stupeur, ne sont pas la proie d'idées dépressives, mais au contraire ils ont de temps en temps des idées assez gaies si l'on en juge d'après le rire que l'on constate chez eux par instants. Les idées religieuses et érotiques sont très fréquentes.

Il faut encore noter dans la manie catatonique la monotonie des actes et la résistance, l'opposition des malades lorsqu'on cherche à faire prendre à ces actes une autre direction. Le catatonique aime à rester au lit, refuse la nourriture même dans le stade de manie, par peur du changement ou du mouvement, mais généralement sans raison, délirante ou non.

Signalons enfin une certaine tendance à faire des gestes stéréotypés ou à prendre des attitudes bizarres, à faire des grimaces spéciales, en particulier à allonger la bouche en museau (*schnauzkrampf*), même dès le début ou pendant les rémissions quand le délire n'est plus apparent.

Quant aux symptômes somatiques, ils sont tous basés sur une perturbation de l'innervation motrice. Très fréquemment, et surtout dans l'état de stupeur, on constate une flexibilité cireuse des membres; on peut trouver aussi et dès le début des convulsions choréiformes, épileptiformes, tétaniformes; du trismus, des convulsions généralisées ou partielles. Les convulsions, cloniques ou toniques, doivent être mises sur le compte en partie de l'état psychique, en partie de l'état physique. Il n'y a jamais de paralysie motrice : on peut trouver de l'anesthésie plus ou moins complète, apparente ou réelle : hypéresthésie fréquente : la céphalalgie occipitale localisée est assez caractéristique de la Catatonie.

Parmi les autres phénomènes physiques, signalons l'œdème fréquent des membres inférieurs, quelquefois des paupières; la desquamation cutanée abondante; l'anorexie, la fétidité de l'haleine, les troubles de la défécation : la chloro-anémie est fréquente. Il faut noter enfin l'importance et la fréquence excessive de la phthisie, rare pour Kahlbaum dans les autres

formes mentales. Ce fait serait à opposer à la prédominance de la pneumonie dans la paralysie générale.

L'étiologie n'offre rien de bien particulier suivant Kahlbaum, l'hérédité serait bien rarement à incriminer; le sexe serait indifférent, mais la maladie surviendrait surtout dans la jeunesse et l'âge adulte. Les excès sexuels, l'onanisme dans le jeune âge créeraient une prédisposition sérieuse; chez la femme, il faudrait plutôt incriminer la grossesse, l'accouchement. Les excès de travail, la religiosité joueraient aussi un rôle important, et l'on compte parmi les catatoniques une grande quantité d'instituteurs, ou de fils d'instituteurs et de théologiens. Enfin parmi les causes prédisposantes, l'anémie et la nervosité tiendraient la première place Les causes occasionnelles sont celles des autres formes mentales; à signaler encore cependant le traumatisme, surtout la pendaison. Il nous semble aussi que l'imitation jouerait un rôle dans l'étiologie de la maladie au point de vue de Kahlbaum, car il range dans la Catatonie les épidémies des convulsionnaires et des prédicateurs (Suède...).

Le pronostic de cette affection est assez favorable contrairement à celui de la paralysie générale; les habitudes d'onanisme antérieure l'aggraveraient. En dehors des complications tuberculeuses, la Catatonie peut amener la mort par elle-même; guérie, elle ne récidive pas et ne crée pas une hérédité fâcheuse pour la descendance des personnes qui en ont été atteintes. Disons toutefois en passant que l'auteur nous paraît en général peu partisan de la dégénérescence avec laquelle pour lui l'hébéphrénie n'aurait non plus aucun rapport.

Pour ce qui touche à l'anatomie pathologique, Kahlbaum rapporte très longuement les résultats de sept autopsies de catatoniques, et il institue une comparaison avec la paralysie générale. Il y aurait au début de la maladie une stase dans tous les vaisseaux cérébraux, avec exsudation séreuse qui amène le ramollissement du tissu du cerveau sans rétraction, mais avec formation d'exsudats à la surface intérieure et sur les enveloppes, particulièrement l'arachnoïde et surtout à la base. Dans les cas anciens, on trouve une rétraction du tissu et l'organisation des exsudats. Contrairement à ce qui se passe dans la paralysie générale, il n'y a ordinairement pas d'hémorrhagie méningée. Mais l'arachnoïde est régulièrement le siège de modifications; dans les cas où la mort est arrivée tôt, l'arachnoïde était louche à la place du pont étendu du

cervelet à la moelle allongée, derrière le quatrième ventricule. Dans les autres cas, elle était constamment trouble en cet endroit, et, de plus, il y avait une tendance remarquable à la formation de cet exsudat à la base, ce qui explique le peu de développement des granulations de Pacchioni.

Pour Kahlbaum, les maladies mentales en général sont causées par des troubles nutritifs qui, débutant par l'hypérémie, l'exsudation, sont terminés par l'atrophie l'hydropisie et la formation de nouveaux tissus. La Catatonie se comporte de même, mais avec cette différence que la stase est éminemment transitoire et faible dans la première partie du processus; la rétraction et l'atrophie arrivent très tardivement, ce qui empêche l'agrandissement des cavités cérébrales, contrairement à ce qui se passe dans la paralysie générale. De plus, la Catatonie a une prédilection pour l'arachnoïde et la base, l'exsudat se prolongeant jusqu'à la fosse sylvienne et vers les deuxième et troisième circonvolutions frontales. Ce fait a une grande importance pour l'explication du mutisme et de la verbigération. Cependant il faut ajouter que l'arachnoïde n'était pas toujours altérée en ces points spéciaux, et, de plus, dans la majorité des cas, la pie-mère n'était nullement adhérente au cerveau.

L'examen au microscope n'a pas donné de résultats.

Kahlbaum avoue lui-même que ces constatations sont un peu insuffisantes, mais qu'elles forment un point de départ pour des recherches futures.

La tuberculose pulmonaire et l'intestinale sont très fréquentes. Cela serait une complication due secondairement à la Catatonie elle-même, la raideur musculaire amenant une respiration incomplète qui permet à la tuberculose de se développer dans un poumon soumis à une gymnastique insuffisante.

En résumé, la Catatonie est une maladie cérébrale à marche changeant d'une façon cyclique, de telle sorte que les symptômes psychiques revêtent successivement la forme de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la démence loquace (Verwirtheit) et enfin de la démence complète. A ce tableau d'ensemble il peut manquer un ou plusieurs symptômes, tandis que d'un autre côté apparaissent, comme *phénomène capital*, les troubles du système nerveux moteur présentant le caractère général de la crampe. — Cette forme

de maladie ainsi caractérisée se rapproche par sa signification clinique de la paralysie générale avec ou sans idées de grandeur, dans laquelle il y a aussi un habitus symptomatique changeant d'une façon cyclique et s'accompagnant de troubles du système nerveux moteur qui, dans ce cas, auraient au contraire le caractère de paralysies.

Près de ces deux formes de maladies si distinctes vient s'en ranger une troisième dont l'évolution symptomatique est également typique, mais qui ne présente rien du côté du système nerveux moteur. Cette dernière forme que l'on rencontre souvent dans les asiles dans le stade de la manie et qui passe souvent alors à la guérison est nommée ordinairement manie, et en opposition aux formes maniaques multiples, manie simple ou véritable.

A ces formes à marche cyclique on doit opposer tous les cas dans lesquels l'ensemble symptomatique reste invariable (folies partielles) et ceux dans lesquels les symptômes sont changeants, et la marche non cyclique (folies généralisées sympathique, fébrile, traumatique).

La Catatonie n'est pas une aliénation partielle, mais elle s'étend plus ou moins sur la totalité des manifestations psychiques. Elle ne se développe pas à la suite de maladies physiques, mais plutôt sur un terrain prédisposé (anémie) et par sa marche cyclique et typique elle se différencie des aliénations idiopathiques et sympathiques.

On pourrait distinguer des formes de Catatonie épileptique, tétanique, choréique, cataleptique, indifférente ; mais il vaut mieux distinguer des cas faibles ou simples, graves ou compliqués. Parmi les premiers, on peut ranger la mélancolie attonita séparée déjà des autres aliénations dans la classification ordinaire, mais qui serait pour Kahlbaum un genre de Catatonie mitis. Car dans l'état de stupeur on peut toujours reconnaître quelques symptômes neuro-moteurs et souvent des états convulsifs antérieurs à l'entrée à l'asile, passant inaperçus du médecin : de même encore, des moments d'excitation, sorte de raptus passagers, interrompant fréquemment l'état mélancolique, mais avec tant de rapidité et d'une façon si transitoire que l'aspect de la mélancolie n'en paraît pas changé.

Un second groupe comprendrait les cas dans lesquels, après un début mélancolique, survient de la manie plus ou moins accentuée, plus ou moins durable et qui, guérissant avant le

stade de stupeur, ont été le plus souvent considérés comme une manie simple. — Puis viennent les cas où l'on note des symptômes neuro-moteurs de longue durée et si accentués que le médecin les considère comme des curiosités et des complications sans caractère régulier (C. gravis). Enfin, dans une dernière forme (C. prolongée), les symptômes d'excitation n'apparaissent pas dans la première moitié de la maladie, mais dans la suite, et le plus souvent sous forme de rémissions et d'intermittences.

Le diagnostic de cette maladie serait en somme facile, et voici ce qu'en dit Kahlbaum : Un cas isolé de convulsions considéré comme épilepsie, éclampsie, apoplexie, méningite, encéphalite, qui se présente soit dans un état de santé complète, soit dans un état de trouble mental durant depuis un certain temps et qui, sans déterminer de phénomènes paralytiques, se complique d'excitation ou de dépression émotionnelles intenses, conduit sûrement à des états de mutisme non motivé ou tout au moins à un état cataleptique. Enfin il sera compliqué de symptômes particuliers d'opposition. Si la guérison ne se fait pas, il surviendra un stade de stupeur. — Ou bien, si l'on voit chez un malade franchement mélancolique un état pathétique spécial et une attitude d'une raideur particulière, on pourra prédire d'une façon presque certaine le début de la stupeur (Attonität). Enfin, si un malade qui parlait se tait d'une façon continue en ayant la tête et les membres raides, c'est sûrement de la Catatonie. En l'absence de commémoratifs, on ne pourrait confondre que l'apathie avec les habitudes raides des déments infantiles et les aliénations passagères survenues à la suite de maladies physiques.

Mais le diagnostic n'est vraiment difficile que dans deux cas : d'abord c'est dans la première moitié de la maladie, quand le mutisme n'est pas continu et que les symptômes neuro-moteurs ne sont pas encore apparus. L'attitude pathétique et la répétition obstinée d'un mot seront alors caractéristiques. Le second cas difficile sera celui où chez des individus mélancoliques depuis longtemps sans symptômes neuro-moteurs, il se développe du mutisme sans raideur musculaire et sans changement des troubles intellectuels mélancoliques. Des signes importants pour le diagnostic seront alors la répétition d'un mot ou d'un discours, les gesticulations et les habitudes stéréotypées, l'entêtement, la résistance.

Depuis la publication du travail de Kahlbaum, nous en trouvons un certain nombre, les uns admettant au moins dans les grandes lignes, les autres critiquant les descriptions et les conclusions de l'auteur. Ce sont des premiers que nous nous occuperons tout d'abord.

Hecker[1] rapporte, à l'appui des idées de Kahlbaum, deux observations de Catatonie, passibles cependant de sérieuses objections et sur lesquelles nous aurons à revenir.

Brosius[2] insiste à propos de la Catatonie sur l'importance de la verbigération, sur l'absence de changements brusques de l'état émotionnel, sur l'amnésie qui suit les états d'agitation. Il n'y aurait pas de vraie manie dans la Catatonie; dans la période de stupeur, il n'y a pas toujours émotion triste, mais souvent une sorte d'extase ou de l'indifférence vide. Brosius croit que déjà on peut distinguer trois formes de Catatonie : 1° *une forme méningitique* dont la marche prolongée est liée à des restes de méningite ; 2° une autre liée à de l'*anémie cérébrale* comme on le voit en clinique d'après l'amélioration de la Catatonie marchant parallèlement à celle de l'état général. — Enfin l'*œdème* cérébral décrit par Etoc-Demazy[3] serait une troisième forme.

Kiernan[4], dans deux mémoires consécutifs sur la question, reproduit en somme les idées de Kahlbaum. Il signale particulièrement l'hérédité de la diathèse scrofuleuse; la facilité de la simulation à cause des symptômes peu réguliers de la maladie. Il s'étend très au long sur l'anatomie pathologique. Il confirme par ses propres autopsies celles de Kahlbaum qui montrent une ancienne hydropisie guérie et une méningite basilaire. Les déductions de Meynert d'après les cas de Kahlbaum le portent à penser que la maladie a été précédée par un processus méningitique localisé à la base du cerveau ou dans la scissure de Sylvius. Pour Kiernan, la Catatonie a été précédée fréquemment dans l'enfance par une méningite de la base de nature tuberculeuse s'étendant aussi à la scissure de Sylvius et au quatrième ventricule. A propos de cette méningite, il

[1] Hecker. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1877. Bd. XXXIII, p. 602.

[2] Brosius. — *Die Katatonie.* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1887. Bd. XXXIII. — S. 770.)

[3] Etoc-Demazy. — Th. de Paris, 1838.

[4] Kiernan. — *Alienist and neurologist*, 1882 *et Détroit-Lancet*, 1884.

rapporte les opinions de quelques auteurs sur la genèse des phénomènes moteurs, convulsifs et autres, accompagnant la méningite basilaire. Il note de plus, en passant, que Meynert, deux ans avant Kahlbaum, avait décrit la Catatonie comme une forme particulière de mélancolie attonita, et il cite les idées de Meynert sur la physiologie pathologique de cette affection, bien ingénieuses certainement, mais peut-être un peu hypothétiques. Mais, en outre, il donne des détails sur une autopsie suivie d'examen microscopique, retrouve les restes d'une méningite tuberculeuse, une stase veineuse d'origine vaso-motrice avec diapédèse; pas d'autre altération, sauf une légère sclérose des cordons blancs de la moelle. Il trouve une grande analogie de l'état du cerveau avec celui qu'on observe dans la fièvre typhoïde, mais la caractéristique pathologique pour Kiernan serait un trouble primitif dans les centres vaso-moteurs, amenant une stase sanguine qui est le point de départ de toute l'évolution morbide.

Hammond[1] décrit la Catatonie comme une vésanie spéciale caractérisée par des périodes alternatives, se présentant avec plus ou moins de régularité, de manie et de mélancolie et par des états épileptoïdes et cataleptoïdes avec conceptions délirantes primitives (*délusions*) d'un caractère exalté et à tendances dramatiques. Mais, en somme, cet auteur n'ajoute rien à la description de Kahlbaum dont il accepte les idées.

Spitzka[2] classe la Catatonie dans le groupe des vésanies pures, n'étant pas la manifestation essentielle d'une constitution neuropathique, ni en rapport avec les périodes biologiques. Elle figure dans la classe des maladies sans lésions démontrables du cerveau, parmi celles qui sont primitives (*primary insanities*) dans le sous-ordre des états caractérisés par un trouble émotionnel fondamental expansif : (manie), dépressif (mélancolie), pathétique (Catatonie).

Neuendorff rapporte deux observations qui lui ont été communiquées, présentant d'ailleurs certaines lacunes, et qu'il rapproche de la Catatonie de Kahlbaum, sans conclure bien nettement et après une discussion assez confuse.

[1] Hammond. — *Remarks on cases of Katatonia.* (*Amer. Journ. of neurolog. and psych.*, 1883, p. 302.)

[2] Spitzka. — *Am. Journ. of. neur. and psych.*, 1883, p. 313.

[3] Neuendorff. — (*Centralblatt. f. Nervenheilk.*, 1883, n° 23, p. 529.)

Schüle[1] consacre tout un chapitre de son livre à la Catatonie, mais l'envisage d'une façon un peu différente de celles des auteurs que nous venons de citer. Pour lui, la Catatonie est une forme spéciale du délire systématisé aigu hallucinatoire (*Acuter hallucinatorische, Wahnsinn* [2]) caractérisée par une névrose de la tension motrice tantôt permanente, tantôt intermittente irrégulière, en même temps que la conscience du sujet en proie à des hallucinations et des illusions se ferme plus ou moins complètement aux perceptions extérieures. La raideur motrice peut revêtir un caractère physiognomonique et comme telle exprimer plastiquement une idée délirante (attitude de combattant, de prédicateur, de crucifiement); ou être purement somatique (cataleptique ou tétanique), ou suggérer l'idée. L'état psychique peut se limiter à l'état du Wahnsinn aigu ou descendre jusqu'à la démence temporaire véritable (stupeur). La guérison est possible dans les deux cas, mais dans le dernier elle arrive après un stade d'affaiblissement intellectuel spécial avec réminiscences catatoniques par intervalles. La marche de la maladie est cyclique et s'accompagne d'une participation significative du système vasomoteur qui en fait une vraie psychoneurose : les états variables d'excitation, de dépression, de raideur que l'on rencontre semblent, au point de vue de leur relation et de leur succession, être liés à la marche de la névrose vaso-motrice. Au point de vue clinique, cette forme de Wahnsinn peut se diviser en Catatonie expansive ou dépressive (avec délire religieux ou démoniaque) et enfin en Catatonie reposant sur un fonds hystérique. D'ailleurs, en traitant de l'hystérie, Schüle revient sur cette question et parmi les formes que peut affecter la folie hystérique il décrit le Wahnsinn catatonique. Cette forme très fréquente du Wahnsinn hystérique a de règle pour début un état d'excitation maniaque. Il s'agit toujours alors de constitutions *invalides* (de naissance ou acquises) le plus souvent avec de l'anémie. Il faut noter aussi l'importance de la *puberté*, l'onanisme, etc.

Un travail tout récent de Clemens Neisser[3] vient encore soutenir l'existence de la maladie qui nous occupe. Neisser

[1] Schüle. — *Klinische Psychiatrie.— Specielle Pathologie und Therapie des beisteskrankeiten.* — (Leipsick, 1886.)

[2] Voir à ce propos, J. Séglas. — *La Paranoia.* (*Arch. de Neur.*, 1887.)

[3] Clemens Neisser. — *Ueber die Katatonie.* Stuggart, 1887.

n'admet que la Catatonie de Kahlbaum et rejette la description de Schüle qui en fait une forme de délire systématisé (Wahnsin). Car, pour lui, les troubles moteurs sont primitifs et fondamentaux, les modifications psychiques étant secondaires et subordonnées, comme l'indique Roller [1], et d'ailleurs peu importantes. Il admet aussi que la stupeur n'est pas un signe forcé de dépression mélancolique, mais qu'elle fait partie, comme phénomène moteur essentiel, de la Catatonie et de la Catatonie seule. Tout en voulant rester exclusivement sur le terrain clinique et même « empirique », il s'aventure aussi dans des explications physiologiques et il tente en suivant les idées de Rieger [2] de ramener les phénomènes cataleptiques et autres, les signes d'opposition, etc.., à la même cause, c'est-à-dire à l'innervation pathologique dès muscles antagonistes à ceux qui doivent accomplir un acte donné. Il rapporte d'ailleurs un certain nombre d'observations intéressantes qui le mènent à conclure que ce ne sont pas seulement quelques symptômes spéciaux, mais leur ensemble, qui constituent un tout frappant « pour l'œil et le tact » du clinicien. Cet ensemble est la Catatonie. Neisser ne fait pas le diagnostic différentiel, ni l'étiologie, ni l'anatomie pathologique de la maladie et il ne s'occupe nullement du terrain sur lequel elle peut se développer. (*A suivre.*)

DES ATTAQUES DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE[3];

Par GILLES DE LA TOURETTE

Chef de clinique des maladies du système nerveux.

III.

Il nous faut désormais aborder la description de l'attaque de sommeil hystérique, et nous englobons sous cette dénomina-

[1] Roller. — *Ueber historische Slorüngen bein einfachen Irresein.* (*Allg. Z. f. Psych.* Bd. XLII, H. I, 1885.)

[2] Rieger. — *Ueber Normale und Kataleptische Bewegungen.* (*Arch. f. Psych. und. Nerv.* Bd. XIII, H. 2. 1882.)

[3] Voir t. XV, n° 43, p. 92.

tion les cas où la conscience est suffisamment anéantie, la résolution musculaire assez complète et prolongée pour que ces phénomènes priment tous les autres symptômes ordinaires de l'attaque. Mais, par ce fait même que le cadre est largement tracé, nous donnerons surtout la description d'un cas-type, quitte à revenir ultérieurement sur diverses variétés, particulièrement sur l'attaque dite apoplectique, surtout lorsque celle-ci s'accompagne d'hémiplégie.

Les *modes de début* sont, ainsi que nous l'avons déjà fait pressentir, assez variables. Souvent, l'individu s'endort à la suite d'une attaque ou d'une série d'attaques convulsives; quelquefois, il est frappé soudainement sans autres phénomènes prémonitoires; quelquefois aussi, et surtout dans les cas légers, le sommeil survient graduellement, débutant par une sorte d'assoupissement dont il devient de plus en plus difficile de tirer le sujet.

Quoi qu'il en soit, et pour prendre le cas de tous le plus fréquent, à la suite de phénomènes hystériques hallucinatoires délirants ou convulsifs, l'individu tombe dans le sommeil et lorsque celui-ci dure depuis déjà quelque temps, le malade offre l'aspect suivant.

Il semble endormi profondément dans l'acception rigoureuse du mot, ainsi que le note Briquet (p. 422). A la vérité, la face se décolore à mesure que le sommeil poursuit son cours, mais l'aspect n'est pas cadavérique. Parfois la figure se colore plus ou moins et ces poussées congestives sont assez souvent l'indice de la prochaine apparition de phénomènes hystériques surajoutés.

L'*état des muscles* est très important à considérer, surtout, lorsqu'on cherche à rapprocher ces attaques du sommeil physiologique. On sait que pendant celui-ci la résolution musculaire est complète : le membre soulevé retombe — lorsque l'individu ne se réveille pas — flasque sur le plan horizontal du lit. Or ici, il n'en est plus de même et en analysant les nombreuses observations publiées par les auteurs, nous pouvons dire qu'en cherchant bien on trouvera qu'il existe presque toujours une *contracture* de quelques muscles, si même le système musculaire n'est pas contracturé en totalité. Cette constatation est extrêmement importante, car, ainsi que l'a fait voir M. Charcot, les hystériques présentent au suprême degré les phénomènes inhérents à ce qu'il a appelé la *diathèse de*

contracture, et les sujets qui sont en proie aux attaques de sommeil ne diffèrent pas des malades en butte aux accidents hystériques d'un autre ordre. Si même la résolution musculaire semble complète au moment de l'observation, on sera presque certain de voir apparaître une contracture, tout au moins partielle, le lendemain ou les jours suivants (Boutges, Obs. XI).

Il est des cas, avons-nous dit, où la contracture est pour ainsi dire totale. Notre malade était très intéressante à ce point de vue. Au moment de notre examen les muscles antérieurs du cou contracturés empêchaient la tête de reposer sur l'oreiller; si on levait un bras, celui-ci restait en l'air pendant des heures, jusqu'à ce que la fatigue physiologique des muscles rompît la contracture; il présentait ainsi les phénomènes de la fausse catalepsie. Tous les réflexes étaient exagérés : la simple percussion d'un tendon rotulien produisait la trépidation spirale du muscle, trépidation qui ne tardait pas à envahir le membre du côté opposé, se généralisant en outre bientôt à tous les muscles du tronc qui devenaient rigides.

Mais, avons-nous dit, dans les cas moins accentués, ceux-là même où la résolution musculaire semble complète (Obs. de Gairdner), il existe toujours un certain groupe musculaire où se localise très spécialement la contracture : nous avons nommé les muscles masticateurs. Dans presque tous les cas, on observe que les dents sont serrées les unes contres les autres, au point qu'il devient parfois impossible d'ouvrir les mâchoires. Ce phénomène est important à signaler, car on comprend les obstacles que peut apporter le *trismus* à l'alimentation artificielle, la seule à laquelle il soit généralement possible d'avoir recours.

Nous placerons sur le même plan une sorte de contracture intermittente des muscles orbiculaires des paupières produisant un battement rapide, un frémissement noté dans nombre d'observations. Si l'on rompt cette contracture des orbiculaires par l'ouverture forcée des paupières, et si rapidement on expose le globe de l'œil au contact de l'air extérieur, on peut quelquefois surprendre ce globe dans sa position ordinaire et observer que le plus souvent les pupilles paraissent normales ou dans un état variable de contraction ou de dilatation. Mais aussi, dans la majorité des cas, il semble que ce léger traumatisme exercé sur le globe oculaire par l'air ambiant soit suffisant pour faire

entrer en contracture les muscles de l'œil, car, lorsqu'ils n'y sont pas d'emblée, on voit alors les yeux se porter en permanence, le plus souvent en haut et en dedans en strabisme convergent. Ces deux phénomènes : frémissement vibratoire des paupières et convulsion des globes oculaires s'observent également et fréquemment comme on le sait, dans les autres variétés de la grande attaque hystéro-épileptique.

La *respiration* participe généralement à ce calme général de l'économie. Elle est de 10, 15, 20, 22 par minute; quelquefois moindre, elle peut descendre jusqu'à 3; quelquefois, elle offre aussi des irrégularités et prend le type de Cheyne-Stokes (Achard, Obs. XI); quelquefois aussi elle est « à certains moments précipitée, ce qui correspond à des rêves » (Bourneville et Regnard, p. 138). C'est dans ce dernier cas que la face peut devenir « rouge, chaude, parfois sudorale ». En résumé, respiration calme, légère, parfois difficile à constater même par l'auscultation, comme on l'a vu dans certains cas de mort apparente qui n'étaient autres que des attaques de sommeil hystérique.

Le *pouls* est également calme et régulier, battant de 70 à 80 fois par minute; parfois il peut descendre beaucoup plus bas (60, Briquet), de même qu'exceptionnellement il atteint 128 battements (Obs. VIII, Achard). Dans l'observation de Pfendler, où la léthargie dura 18 mois, le pouls varia de 78 à 93; ce sont approximativement ces chiffres qui ont été notés par le Dr Charlier dans notre observation, pendant près de quatre années consécutives,

L'étude de la *température* est extrêmement importante; elle est même capitale au point de vue du diagnostic, ainsi que nous le verrons ultérieurement. Il ressort clairement de toutes les observations que si la température centrale est le plus souvent élevée de quelques dixièmes de degré à 1 degré (37°,6; 38°,2), elle ne dépasse jamais ces derniers chiffres. Ce sont encore là les caractères que M. Charcot et M. Bourneville[1] ont assigné à la température pendant l'attaque ou les séries d'attaques hystériques. « L'attaque hystérique tonique, dit M. Charcot[2], pour peu qu'elle ait quelque intensité, élève la température

[1] Bourneville. — *Etudes thermométriques sur les maladies du système nerveux*, p. 147.

[2] *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, 3e éd., p. 376. Paris, 1877.

d'un degré, voir même d'un degré et quelques dixièmes (38°; 38°,5 Vag.) ». Mais notre maître a bien soin de faire ressortir qu'à l'inverse de ce qui se passe dans l'épilepsie, dans l'état de mal hystérique, la température ne s'élève pas au-dessus de 38°,5. Etant donné la disposition constante à la contracture que nous avons notée, il ne faut donc pas s'étonner que l'attaque de sommeil se comporte, quoiqu'un peu plus faiblement peut-être, vis-à-vis de la température comme une attaque tonique d'hystérie.

Connaissant l'état de la respiration, de la circulation et de la température chez nos malades, il nous est permis, avant de parler des diverses sensibilités, d'étudier l'état de la nutrition générale, résultante directe des *ingesta* et des *excreta*.

L'alimentation, on le comprend, est toujours beaucoup plus difficile qu'irrégulière, car étant *artificielle* elle peut être assez facilement régularisée surtout lorsque le malade est couché dans un service d'hôpital, ainsi qu'il arrive le plus souvent. Nous dirons même qu'elle est toujours artificielle, car nous supposons que l'individu ne reprend pas connaissance, que son attaque est continue et que partant, il ne peut s'alimenter lui-même.

Lorsqu'on peut vaincre le trismus on réussit assez bien quelquefois (Bourneville et Regnard, Obs. XI) à alimenter le malade en lui introduisant dans le fond de la bouche divers aliments liquides : bouillon, lait et œufs délayés, qui sont pour ainsi dire avalés automatiquement. D'autres auteurs (Gairdner) préfèrent avoir recours à la sonde œsophagienne. Dans notre observation, la sonde qui ne pouvait être introduite que par les narines causait par son contact avec le pharynx un spasme tel que les liquides pénétraient dans les voies respiratoires et amenaient des accès de suffocation. On dut donc renoncer à ce procédé d'alimentation et, à part quelques rares cuillerées de liquide introduites par l'ouverture laissée libre par deux dents brisées, la malade fut et est encore alimentée tous les jours à l'aide de lavements nutritifs, composés de lait, œufs, bouillon et surtout de lavements de peptones.

Dans ces conditions, la nutrition générale est évidemment en rapport direct avec la quantité et la qualité des aliments qui, introduits dans le tube digestif, semblent toujours être absorbés. La nutrition souffre d'autant moins que le sujet absorbe plus et la malade de MM. Bourneville et Regnard (Obs. XI), après six semaines de sommeil, conservait encore un certain embon-

point, alors que la nôtre, après un temps beaucoup plus prolongé il est vrai, présente les signes d'un amaigrissement considérable. Cet amaigrissement, toutefois, ne nous a pas paru être en rapport direct avec la longue durée du sommeil et avec l'alimentation toujours insuffisante par le rectum.

La nutrition dépend encore des épiphénomènes qui peuvent entrecouper l'attaque : on comprend qu'*a priori* le malade qui dort sans interruption d'une façon calme *dépense* moins que celui dont le sommeil est coupé par des crises convulsives. Mais un fait très intéressant, serait de savoir combien de temps un individu dormant du sommeil hystérique pourrait ainsi rester sans manger. Sous ce rapport, les documents nous manquent, car, aujourd'hui que le diagnostic des attaques de sommeil s'établit le plus souvent dès leur début, d'une façon précise, on se garde bien de laisser de pareils sujets sans alimentation. Il faut donc se reporter aux observations anciennes et celles-ci sont bien insuffisantes à ce point de vue.

En effet, négligeant même la question très précise du diagnostic, il est à se demander si véritablement, dans ces cas anciens, les malades ne s'alimentaient pas à l'insu de leur entourage.

Pfendler (p. 13) emprunte au *Journal des savants* de 1846 l'observation d'une dame anglaise qui resta pendant 7 jours dans un état qui n'était évidemment autre que la léthargie hystérique. Elle fut veillée comme morte et partant ne dut pas manger ; cependant elle revint à la santé.

L'observation suivante, que nous empruntons au *Dictionnaire des sciences médicales* (art. *Cas rares*, t. IV, p. 205, 1813), paraît bien se rapporter à l'hystérie. La malade resta à plusieurs reprises quarante jours sans manger; mais ce fait, un des meilleurs cependant parmi les anciens, est loin d'entraîner la conviction.

« Il existait encore, il y a douze à quinze ans, à Saint-Marcel, près d'Avignon, une folle très pieuse qui vivait dans un jeûne tellement frugal que tout son corps desséché ressemblait à un squelette ou à un spectre ambulant. Constamment au pied des autels, elle ne voyait et n'aspirait qu'à la félicité de l'autre vie ; pendant plus de vingt ans, elle s'endormait le premier jour de carême et ne s'éveillait qu'à Pâques. Durant ce sommeil religieux, cette catalepsie volontaire, elle était dans un état de mort apparente; les incrédules lui enfonçaient des épingles dans les jambes et

dans les cuisses, sans qu'elle se montrât sensible par le moindre mouvement de contractibilité à des épreuves aussi douloureuses. Ce fait est attesté par une foule d'habitants de la Provence et du Comtat; un homme d'esprit et très véridique qui en fut témoin nous les a certifiés de manière à ne pas nous permettre d'en douter. Il est présumable que ce sommeil était le résultat d'une affection nerveuse, d'une volonté puissante qui commandait à toutes les actions animales et organiques de cette illuminée. La première fois qu'elle fut prise de cet étonnant sommeil, on la crut morte ; comme elle était infiniment pieuse, son corps fut exposé à la vue du public qui se portait en foule pour voir les restes de ce pieux personnage. Cependant, au bout de plusieurs jours, nuls signes de putréfaction ne se manifestant, il transpira parmi le peuple qu'elle était morte en odeur de sainteté : cette opinion devint universelle dans le canton; les fanatiques s'opposèrent à ce qu'on inhumât la défunte. Le nonce du pape fut informé d'un prodige si rare dans les siècles modernes; ce ministre fut moins crédule, dit-on, que la multitude; il exigea des enquêtes, des formalités qui prirent du temps; enfin, les quarante jours s'écoulèrent et la béate se réveilla. L'année suivante elle se rendormit à la même époque et pour le même temps ; cette scène se renouvela pendant une vingtaine d'années. »

Il serait plus intéressant encore, et surtout plus concluant, d'examiner l'état des *sécrétions* pendant les attaques de sommeil même lorsque le sujet est alimenté artificiellement. Mais cette étude est entourée de difficultés presque insurmontables. Pour peu que le sommeil se prolonge un ou deux jours la miction devient souvent involontaire, de même les selles, qu'il faut fréquemment néanmoins solliciter par des lavements. Toutefois la sécrétion urinaire difficilement appréciable à la vérité, nous a paru presque toujours ralentie; notre malade urinait peu, et, lorsque nous l'avons examinée la percussion et la palpation permettaient de reconnaître que la vessie était vide d'urine; de plus, c'est à peine si tous les huit ou dix jours les lavements donnaient issue à quelques boulettes dures de matières fécales.

Il faudrait donc s'astreindre à sonder les malades régulièrement pour ne pas perdre d'urine, à recueillir les selles et à faire des analyses que l'on comparerait avec la quantité d'aliments ingérés. Mieux encore, si l'on pouvait laisser les malades pendant quelques jours sans alimentation on arriverait peut-être à des résulats positifs. Or il n'est pas donné d'observer fréquemment des attaques de sommeil.

Ces recherches ont été cependant tentées sur un malade du service de M. Charcot qui, sorti de la Salpêtrière, s'était endormi brusquement dans un restaurant de Greek Street, à Londres[1]. M. le Dr Keser, qui l'observa, a eu l'extrême obligeance de nous transmettre les résultats de l'examen des urines qu'il pratiqua à plusieurs reprises, mais on jugera par les renseignements mêmes fournis par notre distingué confrère, combien par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, l'étude put être difficilement approfondie. Toutefois nous publions ces documents *in extenso*, car nous croyons que ce sont les premiers de cet ordre qui aient été recueillis. M. Keser nous écrivait à la date du 25 mai 1887 :

« ... Mon observation a été rendue difficile et incomplète par le refus de l'aubergiste de laisser transporter le malade à l'hôpital. J'aurais voulu étudier l'urine au point de vue de sa quantité et de sa composition pendant toute la durée du sommeil, mais les circonstances ne m'ont point permis de le faire.

« La sécrétion urinaire fortement diminuée pendant les deux premiers jours est ensuite devenue normale comme quantité ; jusqu'au cinquième jour j'ai du sonder le malade, mais à partir de ce moment il a uriné par suggestion. J'ai fait analyser l'urine à deux reprises et vous envoie la copie du rapport qu'on m'a remis.

« La sécrétion de la bile a dû être peu abondante pendant le sommeil ; ce malade n'a eu que deux selles et la seconde était grisâtre.

« La bouche était en général sèche et pâteuse, bien que tenue complètement fermée; la peau était le plus souvent sèche mais le moindre effort mental suffisait à produire une transpiration abondante des deux côtés du corps et surtout à la tête... »

Voici maintenant les deux analyses que nous a transmises M. Keser et qui ont été faites par M. Woodland, fellow de la Société des chimistes.

[1] Voy. pour l'observation de ce malade, le nommé Chauffat, qui a été surtout étudié au point de vue du mutisme hystérique : Revilliod : *Du mutisme hystérique*. Revue médicale de la Suisse romande, 15 octobre 1883. — Cartaz : *Du mutisme hystérique*, Progrès médical, 13, 27 février, 6 mars 1886, obs. I. — Keser : *Un cas de sommeil prolongé chez un hystérique*. Semaine médicale, 6 avril 1887, p. 139.

ANALYSE D'URINE DE CHAUFFAT

Première analyse (1[er] avril, septième jour de sommeil).

Urine trouble, très colorée, très acide; légère odeur.
Poids spécifique, 1029.
Contient une très forte proportion d'urée : 4,13 p. 100.
Acide urique, 0,481 p. 100.
Acide hipurique, 0,431 p. 100.
Chlorures, 0,01 p. 100.
Phosphates, 0,21 p. 100.
Albumine }
Mucus } n
Pus }
Bile }
Sucre : traces.
Cristaux d'acide urique très abondants.

Deuxième analyse, faite le dixième jour de sommeil.

Poids spécifique 1028.
Urée, 1,002 p. 100.
Acide urique, 0,312 p. 100.
Acide hippurique, 0,221 p. 100.
Chlorures } quantité normale.
Phosphates }
Albumine, néant.
Sucre : traces.

Ce qui nous frappe le plus dans cette observation, c'est la différence entre les analyses du septième et du dixième jour au point de vue du percentage de l'urée. Celle-ci est de 4,13 p. 100 le septième jour et de 1,002 p. 100 le dixième jour. Où trouver la raison de ces écarts, surtout lorsque nous sommes si peu fixés sur la quantité totale du liquide sécrété[1] ?

Le 19 juin 1887 nous avons eu l'occasion de faire pratiquer l'analyse de l'urine d'une malade du service de M. Charcot en proie depuis 28 heures à une attaque de sommeil accompagnée de contractures généralisées. Le cathétérisme évacua 200 gram-

[1] Depuis l'époque où il nous écrivait, M. Keser a publié l'observation complète de Chauffat dans « The journal of mental science », juillet 1887, p. 267, *A case of prolonged sleep*.

mes d'urine, ce qui est peu si l'on songe que la malade n'avait uriné, depuis le début de l'attaque, ni volontairement ni involontairement. L'analyse faite par M. Viron, pharmacien en chef de la Salpêtrière, donna: « Densité, 1026, urée 20 gr. 496 par litre, proportion considérable d'urate acide de soude. » La malade n'avait donc excrété que 4 grammes d'urée dans les 24 heures. Elle se réveilla du reste dans la journée ne gardant de son attaque qu'un fort sentiment de lassitude.

Nous l'avons dit, il est très difficile d'être fixé sur les diverses sécrétions pendant l'attaque de sommeil; toutefois elles nous paraissent ralenties. Ce ralentissement tient-il à la difficulté et à l'insuffisance de l'alimentation, cela est probable, mais il y a quelque chose de plus et nous pensons que véritablement, pendant cet état, les hystériques *brûlent* peu, se dénutritionnent peu, ce qui permet d'expliquer la conservation de l'existence, alors que l'alimentation artificielle ne suffirait pas par exemple aux échanges qui se font pendant les périodes normales de l'existence. C'est du reste l'opinion admise par M. Charcot dans ses *Leçons* sur les attaques de sommeil[1].

Nous venons de voir, par la lecture même de l'observation de M. Keser, que, dans certains cas tout au moins, les malades étaient influençables, suggestibles en un mot[2], en employant ce terme dans sa plus large expression. Ceci nous conduit à parler de l'*état des sens* chez les individus atteints de sommeil hystérique.

Supposons toujours, pour un moment tout au moins, que le sujet est plongé dans le sommeil le plus profond et que tous les procédés d'excitation qui s'adressent à son activité physique restent sans résultat et ne peuvent le faire sortir de ce coma d'une nature particulière. Dans ces conditions, on peut dire d'une façon générale que l'insensibilité à la piqûre, au froid, à la chaleur est complète; les malades sont des anesthésiques totaux. Cette insensibilité se trouve particulièrement notée, et dans les cas modernes et dans les cas anciens, dans les faits dits de mort apparente. C'est même là, on le comprend, un des signes sur lesquels on s'appuyait le plus autrefois pour conclure à la mort réelle. On peut traverser les membres

[1] *Lezioni cliniche dell anno scolastico* 1883-84, etc., p. 27.

[2] Voy. l'obs. d'Albertine dans Pitres, *Des zones hystérogènes et hypnogènes; des attaques de sommeil.* Bordeaux 1885, p. 58.

avec de longues épingles sans qu'aucun muscle de la face ne tressaille.

Les *sens spéciaux* ne semblent pas moins atteints; le bruit le plus violent ne peut réveiller le malade ; il reste insensible à l'inspiration de vapeurs irritantes; quant au goût et à la vue leur sensibilité paraît également abolie.

Toutefois, il ne faudrait pas se livrer à des conclusions excessives et prématurées. Ce qui domine chez le dormeur hystérique c'est, d'une façon générale, l'impossibilité où il se trouve de réagir volontairement, dans la majorité des cas au moins, vis-à-vis des excitations physiques ou psychiques auxquelles il est en butte de la part de l'observateur. Mais, est-ce à dire pour cela qu'il n'a aucune conscience tant morale que physique de ces excitations; nous ne le croyons pas. Il est incontestable qu'il a été publié un certain nombre d'observations où les malades ne se souvenaient nullement au réveil des diverses tortures auxquelles on avait pu les soumettre pendant le sommeil : c'est là, du reste, la règle générale, mais il en est également d'autres, que nous avons déjà étudiées dans un précédent travail sous le nom de *léthargie lucide*[1], dans lequel il n'en a certainement pas été ainsi.

En ce qui regarde encore la sensibilité générale, rappelons-nous que, très fréquemment, longtemps avant l'attaque, les hystériques présentent presque toujours des troubles de la sensibilité, qui se traduisent le plus souvent par des anesthésies partielles ou totales, dans la majorité des cas, comme l'a fait remarquer M. Charcot par de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Cette hémianesthésie ne disparaît en aucune façon pendant le sommeil, bien au contraire, et les excitations portées sur le côté atteint devront donc par cela même ne pas être perçues. Toutefois, le sommeil n'entraîne pas forcément par lui-même, bien que cela existe réellement dans nombre de faits, une anesthésie complète. Dans les cas légers, les dormeurs peuvent encore par action réflexe mise en œuvre par la perception sensitive, retirer le membre piqué. Enfin il arrive assez souvent que l'on peut constater nettement la présence de *zones hypéresthésiques*. C'est ce qu'a très bien noté M. Keser (*Sem. méd.*) dans l'observation de Ch... « A la jambe,

[1] *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue medico-légal*, in-8°, 1887, chap. VII, *Les états hystériques.*

entre le genou et la cheville, dit-il, il y a anesthésie complète; partout ailleurs analgésie sauf en trois points bien limités où l'on constate de l'hyperesthésie; ces points sont situés à la cheville, au genou et dans la région inguinale gauche. »

Or, on sait, aussi que ces points hypéresthésiques sont souvent en même temps des *zones hystérogènes* et la recherche ou la connaissance de ces zones inaugurée par M. Charcot et récemment très étendue par M. Pitres[1] est dans l'espèce de la plus haute importance. En effet, comme nous le verrons bientôt, les malades sortant le plus souvent de leur sommeil, à l'aide d'une attaque convulsive, comme ils y sont entrés du reste, on aura donc tout intérêt à provoquer cette attaque et la connaissance d'une de ces zones deviendra capitale. Ces zones pouvaient exister avant l'apparition de l'attaque de sommeil, mais elles peuvent aussi se développer pendant sa durée; du reste, comme on le sait également, elles ne sont pas toujours fixes et peuvent disparaître comme elles ont apparu sans raison déterminante appréciable.

Ces zones hystérogènes ont été expressément notées dans l'attaque de sommeil par M. Charcot, ainsi qu'on en pourra juger par la lecture de l'observation X rapportée par Bourneville et Regnard. Nous citons textuellement :

« 23 juin 1879. — D... s'est endormie sans attaques, le 20, à 10 heures du soir. Elle dort encore ce matin à la visite. Par la *pression au-dessous du sein gauche* (*zone hystérogène*) M. Charcot provoque quatre petites attaques; après la dernière D... est réveilée.

« ... 3 et 5 août. La malade s'est endormie le 3, à 10 heures du soir et s'est réveillée le 5, à 10 heures du matin; immobilité complète, légère raideur des membres, pas de catalepsie. Elle est réveillée, sans attaques, par la pression sous-mammaire. »

Nous avons dit que les zones hystérogènes pouvaient exister avant l'apparition de l'attaque; nous répéterons qu'elles peuvent disparaître pendant le sommeil lui même. Notre observation est à ce point de vue très concluante. Pendant plus de trois ans, M. B.. présenta au creux épigastrique une zone hypérésique, dont la pression déterminait des attaques convulsives. Au bout de trois ans et demi cette zone disparût un beau jour,

[1] *Des zones hystérogènes*, etc.

sans raison apparente et les recherches minutieuses que nous fîmes à ce sujet sur la malade ne nous permirent pas de déceler la réapparition de cette zone ou d'aucune autre de même nature.

Du reste, pendant l'attaque de sommeil, l'hystérie ne perd nullement ses droits, et, outre les phénomènes convulsits dont nous avons parlé il peut en survenir d'autres, alors que le malade est profondément endormi : telles, par exemple, que les épistaxis, véritables hémorhagies nerveuses qui existaient aussi dans notre observation [1].

La meilleure preuve que les dormeurs hystériques ne perdent pas, pour ainsi dire, pendant le sommeil le contrôle inconscient de leur sensibilité générale, pervertie ou non, c'est que cette sensibilité est susceptible de modifications sous l'influence des *agents esthésiogènes*, quels qu'ils soient d'ailleurs. Ce point a été bien mis en lumière dans les travaux déjà cités de MM. Debove et Achard. Ces auteurs ont particulièrement étudié le phénomène si complexe du *transfert* et, dans des conclusions sur lesquelles nous aurons à revenir en traitant du diagnostic différentiel des attaques de sommeil, M. Achard nous dit (p. 92): « Il est toutefois une remarque que nous croyons devoir faire à l'égard de ce phénomène du transfert. D'une manière générale, parmi les faits d'apoplexie que nous avons cités, il s'est montré dans les cas relatifs à des malades nettement hystériques, présentant plusieurs accidents de la névrose. »

Sur le même plan que le transfert, nous placerons les remarques faites par M. Keser sur Chaufat (*Semaine méd.*). « L'application d'un aimant à la cuisse droite, dit-il, abolit la sensibilité dans tout le côté droit sans faire disparaître les troubles de sensibilité à gauche (hémianesthésie). »

Si l'on observe parfois et le transfert et la production d'une hémianesthésie complétant la perte totale de la sensibilité, il est aussi donné de voir la réapparition presque complète de cette sensibilité générale sous l'influence d'injections sous-cutanées de sulfate d'atropine, par exemple [2], jouant dans la circonstance le rôle d'un agent esthésiogène. C'est ce qu'a noté M. Charlier dans l'observation que nous avons rédigée sur ses notes : « L'anesthésie de la surface cutanée et des muqueuses

[1] Voy. à ce sujet : *Sœur Jeanne des Anges; loc. cit.*, p. 101.

[2] Voy. à ce sujet : Lannois : *De l'action esthésiogène de la pilocarpine.* (*Journal de thérapeutique*, 1880, p. 241.)

est totale; la malade ne réagit sous l'influence d'aucune excitation... La sensibilité toutefois reparut à un moment donné sous l'influence d'injections hypodermiques contenant chacune environ un milligramme de sulfate d'atropine. La réapparition se fit d'abord au niveau des pieds qui devinrent sensibles à la piqûre ; pendant plus d'une semaine ces injections pratiquées tous les jours amenèrent une extension ascendante et symétrique de la zone sensible qui s'étendit au tronc et aux membres. La tête resta toujours insensible et cette anesthésie reparut totale pour tout le corps après la cessation des injections hypodermiques. »

Tout cela forme un faisceau de faits dont nous verrons encore l'importance s'exagérer en traitant, ainsi que nous l'avons dit, du diagnostic différentiel.

Abordons maintenant l'étude de l'*état mental* et de ses modifications pendant l'attaque : ici les malades doivent être groupés sous plusieurs chefs. Il en est un certain nombre — et ce sont peut-être les plus nombreux — qui, lorsque l'attaque a duré longtemps sans interruption, disent ne se souvenir absolument de rien: il s'est fait une lacune dans l'existence et leurs derniers souvenirs datent du début de l'accès.

Il en est d'autres qui font pour ainsi dire leurs attaques de sommeil comme ils feraient une attaque ordinaire d'hystéro-épilepsie aux quatre périodes. C'est chez ceux-ci qu'on observe ces phases diverses entrecoupées de phénomènes hystériques nettement convulsifs, les *salutations* rappelant les grands mouvements comme l'a montré M. Charcot [1], etc.

« A des intervalles variables, disent MM. Bourneville et Regnard (p. 138), on observe des mouvements automatiques. Ces malades semblent lutter, faire des efforts pour écarter des êtres ou des objets imaginaires; elles poussent des plaintes étouffées, appellent au secours à haute voix; la physionomie exprime la terreur. Quand les malades conservent le souvenir de leurs rêves, elles racontent qu'elles ont eu des *rêves agréables* et des *cauchemars.* »

Enfin, comme dans l'observation de Pitres et dans celle de Keser, on peut voir les malades conserver jusqu'à un certain point la faculté d'entendre, ce qui les rend susceptibles d'accepter diverses suggestions. C'est encore là une preuve à

[1] *Lezioni cliniche*, *loc. cit.*, p. 39.

l'appui des rapports qui existent entre les attaques de léthargie hystérique et celles de léthargie hypnotique spontanées ou provoquées[1].

Briquet avait déjà noté la conservation de l'ouïe. « Une de ces malades, dit-il (p. 422), celle qui avait eu l'attaque la plus forte, a déclaré que pendant son sommeil elle avait toujours conservé la faculté d'entendre. La plupart se rappelaient de ce qui s'était passé pendant leur sommeil ; quelques-unes n'en avaient aucun souvenir. »

Nous ne pouvons à ce sujet nous empêcher de rapporter une observation de Pfedler (*loc. cit.*, p. 11), qui nous semble caractéristique et destinée à faire comprendre l'importance dans l'espèce de la conservation du sens auditif :

Mlle J. M..., âgée de quinze ans, réglée à quatorze ans, d'une santé parfaite, n'avait jamais éprouvé de maladies graves; son père et ses trois enfants n'avaient jamais eu de maladies nerveuses. La malade était forte, bien faite, tempérament sanguin ; très blanche, et des couleurs fraîches et vermeilles. On soupçonna qu'elle s'était livrée à la masturbation, le clitoris étant d'une longueur très-prononcée. Le 13 décembre 1880, quatre mois après que les règles se sont formées, la malade a ressenti une céphalalgie intense, une grande sensibilité et irritabilité, peu de sommeil, convulsions générales sans écume à la bouche; la force musculaire était augmentée d'une manière étonnante; cinq ou six hommes ne pouvaient la retenir.

Cet état dura trois semaines, après lesquelles la chorée se déclara; après la chorée, la catalepsie et un véritable tétanos, avec forte raideur musculaire, trismus et impossibilité de la déglutition; après le tétanos, un rire nerveux et des hoquets, puis des palpitations qui ont terminé avec des convulsions; ensuite la léthargie s'est déclarée ; elle a duré trois ou quatre jours et s'est répétée dix à douze fois. Toutes les médications ont été essayées... sans obtenir aucune amélioration. Dans une dernière consultation donnée par les premiers médecins de Vienne, tels que MM. *Pierre Franck, Malfatti,...* on déclara que la malade étant épuisée du côté de ses forces, ne laissait aucun espoir et qu'après l'emploi inutile de tous les médicaments usités, la maladie, dont le siège était reconnu dans la moelle épinière et le système ganglionnaire, étant trop avancé, elle n'avait que deux ou trois jours à vivre. En effet, le jour suivant, comme j'étais auprès de son lit, elle fait un mouvement, se relève, se jette sur moi comme

[1] Vizioli. — *Del morbo ipnotico, ipnotismo spontaneo, autonomo.* Naples, 1886, p. 42.

pour m'embrasser et retombe ensuite comme frappée par la mort. Pendant quatre heures je ne pouvais observer aucun souffle d'existence et je fis avec MM. *Frank* et *Schœffer* tous les essais possibles pour exciter en elle une chance de vie : ni miroir, ni plume brûlée, ni ammoniaque, ni piqûres ne purent nous donner aucun signe de sensibilité; le galvanisme fut employé sans que la malade montrât quelque contractilité. M. Frank même la jugea morte, mais en conseillant toutefois de la laisser dans le lit. Pendant vingt-huit heures, aucun changement; on croyait déjà sentir un peu l'odeur de la putréfaction; la cloche des morts était sonnée, ses amies viennent de l'habiller en blanc et de la coiffer de couronnes de fleurs, tout se disposait autour d'elle pour l'enterrement. Pour me convaincre des progrès de la putréfaction, je reviens auprès de Mlle de M... ; mais elle n'était pas plus avancée qu'auparavant; au contraire, quel fut mon étonnement lorsque je crus apercevoir un faible mouvement de respiration ! je l'observai de nouveau, et je vis que je ne m'étais pas trompé. Je pratiquai de suite des frictions, des irritants, et, après une heure et demie, la respiration augmente, la malade ouvre les yeux, et frappée par l'appareil de la mort elle revient à la connaissance et me dit en riant : « Je suis trop jeune pour mourir. » On la transporta de suite dans un autre appartement où elle fut bientôt prise d'un sommeil qui dura dix heures. La convalescence marcha assez vite par l'emploi des bains aromatiques et des toniques, et la malade, dont le système nerveux était débarrassé entièrement de son état morbide, parut aussi fraîche et aussi bien portante qu'auparavant. Pendant son état léthargique, où toutes les fonctions paraissaient suspendues, les forces se concentraient sur l'ouïe, puisqu'elle a entendu et eut connaissance de tout ce qui se passait autour d'elle, et me cita ensuite des mots latins de M. *Frank*; sa plus affreuse position était d'entendre les préparatifs de mort sans pouvoir sortir de son état. Elle a vécu encore treize ans; le mariage et trois accouchements n'ont pas altéré sa santé. Trois mois avant sa mort elle était enceinte; elle fit une chute de cheval qui pour le moment n'eut pas de suites fâcheuses, mais six semaines après elle est morte dans l'espace de six heures. Mon absence ne m'ayant pas permis d'assister à l'autopsie, j'ai seulement appris qu'elle avait dû succomber à une rupture du cœur; le système nerveux n'a pas été observé, à mon grand déplaisir.

Peut-être pourrait-on songer à la *simulation*, mais le fait nous paraît assez bien observé pour qu'il soit permis au doute de s'établir. Nous reviendrons, du reste, quelque peu sur ce sujet particulier en faisant ressortir l'intérêt que présentent les attaques de sommeil au point de vue médico-légal.

L'observation de Pfendler concerne plus particulièrement la conservation de l'ouïe ; il n'est pas douteux aussi que la *vision* ne puisse être également conservée dans certains cas, très rares à la vérité. Cependant, l'analyse des faits ne nous fournit rien de probant à cet égard. Il en est de même en ce qui regarde le *goût* et l'*odorat*, véritables sens végétatifs, rentrant dans la circonstance bien plutôt dans le domaine de la sensibilité générale que dans celui de la sensibilité spéciale et nous savons que dans le plus grand nombre de cas, celle-ci est presque toujours complètement abolie pendant un certain temps tout au moins.

La *durée* des attaques de sommeil est éminemment variable ; elle s'étend de quelques heures à plusieurs années. Mais ici encore, il faut établir une division et considérer à part la *durée relative* et la *durée absolue*.

Il est rare, avons-nous dit, que l'attaque, lorsqu'elle se prolonge, ne s'entremêle pas d'autres phénomènes hystériques d'ordre convulsif en particulier, qui interrompent le sommeil pour un certain temps. De ce fait, le malade ne reprend pas davantage connaissance et, au sortir de l'épiphénomène, il se rendort. La durée relative comprend l'ensemble de l'attaque, épiphénomènes inclus ; la durée absolue comprend la période de sommeil comprise entre deux convulsions, car, en somme, lorsqu'il survient une crise, on peut dire rationnellement que c'est une autre attaque de sommeil qui va commencer.

Les auteurs, avec raison du reste, n'ont eu le plus souvent en vue que la durée relative et pour en finir immédiatement avec la durée absolue, nous pouvons dire qu'à plusieurs reprises, elle fut, dans notre observation, de deux mois et plus. Quant à sa durée relative, elle est actuellement (juillet 1887) de plus de quatre ans, puisque la malade s'est endormie le 31 mai 1883. C'est du reste, à notre connaissance, la plus longue attaque de sommeil qui ait été observée, et dans la circonstance la durée relative et la durée absolue se confondent, étant donnée la faible ingérence d'autres phénomènes hystériques et la perte ininterrompue de la connaissance.

En dehors de ce cas, on a noté des attaques de 2, 3, 4, 5, 6, 8 jours (Briquet) ; cent heures (Laufenauer)[1] ; plusieurs jours, cinq à six semaines (Charcot, Bourneville et Regnard) ; vingt-

[1] *Hypnotische Anfälle um Anschluss an eine hystero-epileptische neurose;* analyse *in centralblatt für klinische medicin.;* 1885, n° 45, p. 775.

trois semaines (Gairdner); dix-huit mois (Pfendler, Obs. 1); quatre ans, trois mois et onze jours (id., mais cette observation est peu concluante).

De plus, les *récidives* sont fréquentes et nous considérons ici les cas où les rémissions entre deux attaques sont assez longues pour qu'on ne se trouve plus en présence d'un même état de mal hystéro-épileptique. On sait en effet que l'hystérique fait presque toujours ses attaques dans le même moule et une première attaque de sommeil reste bien rarement isolée.

« Chez une malade cependant, dit Briquet (p. 422), l'attaque léthargique a paru avoir épuisé la source des accidents, car il y a eu de l'amélioration d'une manière notable, et il n'est plus survenu d'attaques d'aucune espèce. » Il est vrai qu'il écrit immédiatement au-dessus : « Il n'y avait eu qu'une attaque chez trois malades; il y en avait eu deux à trois chez quatre; la dernière malade en avait eu un nombre qui n'a pas été noté. »

L'observation XI de MM. Bourneville et Regnard est surtout instructive à ce point de vue, car la malade, depuis 1870, n'a pas passé d'années sans avoir au moins deux attaques, dont quelques-unes ont duré de quarante à cinquante jours.

Comment se termine l'attaque de sommeil? comment le malade sort-il du sommeil hystérique et quelles sont les conséquences de ce sommeil en ce qui regarde sa santé ultérieure?

A ce propos, nous ne pouvons complètement souscrire à l'opinion de Briquet basée sur la statistique insuffisante de seize cas. « Le réveil, dit-il (p. 422), chez le plus grand nombre s'était fait tout simplement comme lorsqu'on sort du sommeil.... » Il est beaucoup plus dans le vrai, quoique son opinion soit encore trop peu accentuée, lorsqu'il ajoute « ..Chez les autres, il y avait eu soit du délire, soit du trouble dans les idées, soit de la pesanteur de tête. »

En somme, les malades sortent fréquemment du sommeil hystérique comme ils y sont entrés, par une autre attaque, le plus souvent d'ordre convulsif.

Nous avons déjà vu que M. Charcot avait observé que la pression d'une zone hystérogène faisait cesser le sommeil en provoquant une attaque. Assez souvent, en outre, — ce fait est fréquemment noté — cette attaque prend le caractère

délirant, ce qui s'observe également au sortir des séries d'attaques convulsives, tant il est vrai que l'hystérie se comporte toujours de la même façon. A l'inverse donc de Briquet, MM. Bourneville et Regnard nous paraissent avoir donné la note exacte :

« Tantôt, disent-ils (p. 139), l'attaque de sommeil se termine par une attaque convulsive ou bien par des rêves, des pleurs, de l'excitation. Les malades sont étonnées, paraissent ne plus se souvenir du lieu où elles se trouvent ; elles se plaignent de courbature, de douleurs de tête, ont la vue troublée, refusent de parler. Des crises avortées, des rires inextinguibles de plus en plus rapprochés annoncent chez H... (Obs. XI) la fin de l'attaque de sommeil. Dans ce cas aussi il se produit un véritable *délire de parole.* »

M. Landouzy a publié[1] une observation dans laquelle le réveil, ainsi que le sommeil du reste, était précédé de mouvements convulsifs. Ce fait présentait ceci d'intéressant, ainsi que l'a fait remarquer M. P. Richer (2e édit., p. 259) que l'attaque de sommeil pouvait être provoquée par l'action d'un courant et l'occlusion des paupières et cesser par l'ouverture des yeux et l'enlèvement de l'aimant, la notion des phénomènes convulsifs ne laissant aucun doute sur la nature de l'attaque.

L'attaque de sommeil peut laisser après elle ou favoriser l'apparition à courte échéance de divers phénomènes hystériques ; en cela elle ne diffère pas des autres variétés de l'attaque et nous venons de dire que c'était souvent les convulsions qui rompaient le sommeil.

Dans toute une série de faits étudiés par M. Achard, le sujet sort de son attaque hémiplégique et hémianesthésique sensitivo-sensoriel, que l'anesthésie soit directe ou croisée, que l'hémiplégie s'accompagne ou non d'une participation spéciale de la face. Une paraplégie flasque avec rétention d'urine peut également se montrer et persister plus ou moins longtemps (Boutges, Obs. VIII). Enfin, il peut survenir de l'aboiement, du mutisme (cas de Chauffat), des tremblements choréiformes ; nous n'en finirions pas du reste si nous voulions énumérer toutes ces complications, car il faudrait passer en revue presque toute la série des phénomènes hystériques. Nous insistons

[1] *Progrès médical*, 25 janvier 1879, p. 61.

cependant sur la contracture, phénomène fréquent qui se montre tantôt et à la fois sur la face et sur les membres.

Quel est maintenant le *pronostic* des attaques de sommeil ? Il est facile à formuler : ainsi que toutes les autres variétés, l'attaque de sommeil peut laisser après elle nombre d'accidents plus ou moins tenaces ; mais, pas plus que les autres également, elle ne semble par elle-même entraîner la mort.

Cette opinion n'a pas toujours été adoptée, mais il faut savoir aussi que les auteurs dont nous allons parler étaient guidés par cette considération, peut-être réelle, qu'on avait avant eux enterré des hystériques en état de mort apparente, ce qui n'est plus à craindre aujourd'hui.

Louyer-Villermay (1816) place, ainsi que nous l'avons dit, les attaques de sommeil hystérique dans sa troisième classe, de toutes la plus grave, et ajoute que « les malades sont froides, pâles, insensibles, immobiles et restent dans un état plus ou moins prolongé de mort apparente qui peut se terminer par l'extinction totale de la vie ». Landouzy (p. 68), après avoir parlé de la mort apparente, dit nettement : « Tantôt, enfin, l'attaque est réellement suivie de mort. » Briquet, plus expert que ses devanciers, n'adopte pas leur opinion. Bien qu'il connaisse les faits d'inhumation précipitée précédemment publiés, cela ne l'empêche pas de dire (p. 427) :

« Le pronostic des attaques soporeuses n'est pas aussi grave que les apparences le feraient craindre. Ces attaques se terminent toujours spontanément, et, tant qu'il ne s'y joint pas, soit de l'asphyxie, soit de l'éclampsie, l'on a peu à craindre, attendu que la mort n'a jamais lieu par le fait de la syncope. En parcourant les auteurs, on trouve toujours que les prétendues mortes ont été rappelées à la vie. »

Et il ajoute (p. 538) dans le chapitre où il traite des terminaisons de l'attaque hystérique en général :

« Les fortes syncopes et les léthargies dans lesquelles toutes les fonctions de la vie semblent suspendues pendant plusieurs jours ne sont pourtant jamais suivies d'une terminaison fatale. »

Nous connaissons cependant un cas récent dans lequel la mort survint à la suite d'une attaque syncopale, aussi, vu sa rareté, ce fait mérite-t-il d'être analysé.

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, malade depuis longtemps, observée par M. Martinenq[1]. Le diagnostic porté le 17 mai 1878 avait été : « Folie hystérique maniaque avec agitation et violence ».

En octobre 1884, « sans autre phénomène prodromique qu'une légère hémicrânie avec exagération de l'amblyopie, J... présente un matin tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie cérébrale, à savoir : hémiplégie complète accompagnée d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et de légère contracture principalement au bras, paralysie hémiaciale incomplète du même côté que l'hémiplégie avec inégalité pupillaire et aphasie. L'intelligence est intacte, la conscience entière....

Un mois arpès, tout est rentré dans l'ordre, mais l'inégalité pupillaire et un léger embarras de la parole persistent. L'état mental et l'état physique se maintiennent encore très satisfaisants jusqu'au mois de janvier 1886.

Le 6 janvier 1886, J... a une légère bronchite avec embarras gastrique. Elle est placée à l'infirmerie, et le 10, elle va très bien, s'occupe avec raison et gaîté, ne se plaint de nulle part, s'alimente bien et cause avec intelligence.

: Le 11, après une excellente journée pendant laquelle elle n'accuse aucun malaise, J... est prise subitement, à neuf heures du soir, d'un engourdissement général avec oppression cardiaque, constriction au creux épigastique et état syncopal. Elle s'affaisse sans proférer une parole et meurt vers onze heures dans un coma apoplectique. »

Si l'autopsie n'avait pas été faite, on aurait pu penser que la malade avait succombé à toute autre chose qu'à une attaque d'hystérie : à une hémorrhagie cérébrale, à une attaque apoplectiforme dans le cours de la paralysie générale, vu les symptômes d'aliénation mentale et son internement dans un asile, à une lésion du cœur, insuffisance aortique, etc. Mais nous publions la nécropsie et celle-ci fut négative. Or, comme on le sait, c'est un des caractères les plus importants de l'hystérie de ne produire, lors des phénomènes les plus graves et les plus persistants, que des troubles dynamiques inappréciables, tout au moins avec nos moyens actuels d'investigation. Nous avons assisté à la Salpêtrière à l'autopsie de Ler..., qui était atteinte depuis plus de vingt ans d'une hémianesthésie observée par M. Charcot. Cette ma-

[1] Cas d'apoplexie hystérique avec autopsie : *Annales méd. psych.*, mars 1887, p. 254.

lade mourut de pneumonie et l'examen le plus minutieux ne révéla aucune lésion du système cérébro-spinal. Quoi qu'il en soit, on lira avec intérêt le complément de l'observation de M. Martinenq :

Autopsie (vingt-quatre heures après la mort). — *Encéphale.* — L'examen attentif et à la loupe de toutes les parties du cerveau et de ses enveloppes ne révèle aucune lésion appréciable autre qu'un léger épaississement avec demi-opacité et traînées laiteuses le long des vaisseaux dans les parties de la pie-mère qui recouvrent les régions motrices, surtout à droite. A part cela, pas la moindre trace de congestion ou d'hémorrhagie ancienne ou récente; les vaisseaux sont partout en parfait état, il n'existe aucune adhérence pathologique.

Les circonvolutions cérébrales sont remarquablement développées et saines. Le cerveau pèse 1,292 grammes qui se répartissent ainsi : hémisphère gauche, 552; hémisphère droit, 565 ; bulbe et protubérance, 24; cervelet, 151.

De nombreuses coupes faites avec soin, suivant la méthode de Pitres, nous montrent la cavité corticale partout normale comme épaisseur, comme coloration et comme consistance; la substance blanche et les noyaux centraux dans un parfait état ; enfin la protubérance, le bulbe et le cervelet dans un état irréprochable.

Poumons. — A l'ouverture des plèvres, il s'écoule environ 250 grammes d'un liquide clair et citrin. On note quelques adhérences pleurales et pleuro-costales au sommet gauche principalement. Il existe aux deux sommets quelques amas superficiels de tubercules fibreux et crétacés avec induration fibreuse du parenchyme pulmonaire sous-jacent. Cette lésion ancienne et silencieuse affecte surtout le sommet du poumon gauche. Les autres parties sont absolument saines.

Le cœur, le foie, la rate, le pancréas et les reins n'offrent rien de particulier.

Nous rapprocherons du fait de Martinenq et du cas de Ler... la première observation de Pfendler. Elle est relative à un hystérique de quarante-deux ans (qualifié du reste d'épileptique), qui tomba dans une léthargie qui dura dix-huit mois, d'où il sortit avec une « paralysie du pied gauche ». La léthargie ne récidiva pas ainsi qu'il est d'usage; mais au bout de deux ans la mort survint par suite d'une tuberculose pul monaire à laquelle l'attaque par la dénutrition qu'elle avait amenée n'avait peut-être pas été tout à fait étrangère. L'au-

topsie, en dehors des lésions de tuberculose avancée, ne révéla rien du côté du système nerveux.

Cette dénutrition et les complications qui suivent si fréquemment le réveil sont les seuls points sombres dans le pronostic des attaques de sommeil.

IV.

I. Si le pronostic des attaques de sommeil hystérique est facile à établir, il n'en est pas toujours de même, loin de là, du *diagnostic*, et, nous n'hésitons pas à le dire, ce sont les travaux de M. Charcot et de ses élèves qui seuls ont permis de l'asseoir sur des bases solides. Le diagnostic positif découle du reste des considérations que nous venons d'exposer et nous avons vu combien l'Ecole de la Salpêtrière avait fait pour l'étude de l'attaque hystéro-épileptique en général et pour celle de l'attaque de sommeil en particulier.

Il est en effet un grand nombre d'affections dont les manifestations peuvent simuler l'attaque de sommeil, de léthargie, de coma hystérique, ces divers termes étant synonymes dans la circonstance. Qu'on ouvre un Traité de pathologie générale et l'on verra combien chacun de ces états prête à l'étude séméiologique.

Ici encore il nous paraît indispensable d'établir quelques distinctions et, nous plaçant uniquement, comme toujours, au point de vue clinique, nous distinguerons deux groupes de faits : ceux dans lesquels l'attaque de sommeil se présente sous la forme apoplectique avec *hémiplégie*, ceux dans lesquels l'hémiplégie faisant défaut, la résolution musculaire étant plus ou moins complète, la paralysie ou la contracture ne se limitent pas exactement à un côté du corps.

Ceci nous amène à dire quelques mots complémentaires sur la forme apoplectique de l'attaque de sommeil récemment bien étudiée par MM. Debove et Achard. Nous n'en retiendrons que ses particularités, car, pour la description générale, elle se confond, nous l'avons dit, avec l'attaque de sommeil-type, celle que nous avons eue surtout en vue dans notre description.

Le début semble soudain et, dans les cas accentués, le ma-

lade paraît plongé dans un véritable état apoplectique d'origine cérébrale, d'autant plus, qu'au sortir du coma, le sujet conservera bien souvent une *hémiplégie*. Or, si nous nous reportons au pronostic relativement bénin de l'attaque de sommeil et si nous songeons à la gravité extrême de l'apoplexie d'origine cérébrale, gravité aussi immédiate qu'ultérieure, il deviendra facile de comprendre de quel intérêt capital est le diagnostic de l'hystérie, tant à la période d'apoplexie qu'à la période qui suit le au réveil.

1° L'individu est dans le coma : ce coma a-t-il une origine hystérique, dynamique, ou bien est-il sous la dépendance d'une lésion cérébrale : hémorrhagie, ramollissement, tumeur, attaques apoplectiformes de la paralysie générale, etc. ?

Evidemment, en matière d'hystérie, la connaissance des antécédents sera toujours d'un précieux secours et nous savons que l'attaque de sommeil n'est que très rarement la première manifestation éclatante de la névrose ; mais il faut supposer aussi que le malade a été ramassé dans la rue, apporté à l'hôpital, et qu'on ne peut obtenir aucun renseignement sur son passé pathologique.

L'aspect général de l'individu peut déjà fournir quelques renseignements et Briquet, relatant (p. 416) une observation d'apoplexie hystérique, disait : « Marie B... n'a pas sur la face l'empreinte de stupeur que M. Rochoux donne comme un caractère d'apoplexie ; au contraire, elle a l'expression d'un sommeil paisible qui éloigne toute idée de souffrance ; il n'y a pas cette sterteur si ordinaire dans l'apoplexie. » Il réagissait ainsi contre l'opinion trop exclusive de Sydenham, qu'il cite en ces termes : « Quand l'hystérie attaque le cerveau, elle produit quelquefois une apoplexie entièrement semblable à l'apoplexie ordinaire et qui se termine comme elle par une hémiplégie. »

A ne s'en tenir qu'au phénomène de *stertor*, textuellement synonyme de *ronflement* (Littré et Robin), on pourrait s'y tromper, car il est des sujets qui, à l'exemple du malade Gairdner, peuvent présenter du ronflement (*snoring*) bien que ce phénomène soit uniquement noté dans cette seule observation.

Passons, du reste, car nous croyons qu'il existe de bien meilleurs signes en dehors de l'aspect du malade, qui, d'ail-

leurs, prête un peu trop à l'appréciation individuelle. Ces signes sont tirés : 1° de l'état de la température ; 2° de l'état de la sensibilité ; 3° de la participation diverse de la face aux autres phénomènes observés.

L'étude de la température est du plus haut intérêt : elle seule même donne, comme l'ont démontré MM. Charcot et Bourneville, des résultats véritablement précis, en dehors de toute contestation.

On peut en effet poser la règle suivante : dans l'attaque de sommeil, la température reste normale ou s'élève à peine d'un demi à un degré ; dans les lésions du cerveau : hémorrhagie, ramollissement, tumeurs ; dans les attaques apoplectiformes de la paralysie générale ou de la sclérose en plaques ; dans l'état de mal épileptique ou éclamptique elle s'élève à 39, 40, 41 et même 43 degrés, comme nous l'avons observé nous-mêmes dans un cas, surtout lorsque la terminaison doit être fatale à bref délai.

Dans la première période de l'hémorrhagie cérébrale, la température descend *au-dessous* de la normale, fait important lorsqu'on est appelé au début des accidents. A rapprocher de cette hypothermie celle que l'on observe dans les attaques d'urémie comateuse (Bourneville).

On peut donc déjà, par l'étude seule de la température centrale, alors que la connaissance est encore abolie, affirmer presque à coup sûr que l'on se trouve en présence d'une attaque de sommeil.

De même, pendant cette période, les phénomènes qui se passent du côté de la face pourront également éclairer le diagnostic ; mais ces signes paraîtront surtout évidents et plus précis si nous supposons l'individu sorti du coma et présentant alors une hémiplégie.

On pourrait nous objecter que, lorsque le malade est réveillé, le diagnostic de l'attaque de sommeil est parfaitement inutile, mais il ne nous semble pas cependant qu'il en soit ainsi, car ne nous faudra-t-il pas établir encore si, dans ce cas, l'attaque apoplectiforme de la veille qui a laissé l'hémiplégie du lendemain a été ou non d'origine hystérique. Le diagnostic doit du reste être fait rapidement pour établir la gravité présente et ultérieure du cas. Disons aussi que, dès ce moment, il peut de part et d'autre exister de la contracture ; ce phénomène n'est pas rare dans les attaques de som-

meil et dans l'hémiplégie hystérique ; le pronostic en est bénin. Au contraire, la contracture rapide des membres dans les lésions organiques du cerveau est rare; de plus, elle entraîne un pronostic extrêmement grave, car elle est l'indice d'une inondation ventriculaire (Brissaud) ou d'une excitation méningée périphérique. La mort survient alors dans le coma, accompagnée d'une haute élévation de la température, tandis que l'hystérique contracturé vit avec sa contracture et une température normale.

Supposons donc, après cette digression, que l'hémiplégie est flasque. Si elle est d'origine hystérique, on peut admettre en principe qu'elle s'accompagnera le plus souvent d'hémianesthésie sensitive et fréquemment sensorielle, en un mot d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Mais cette hémianesthésie n'est pas l'apanage exclusif de l'hystérie, car on l'observe aussi (Raymond[1]) dans les lésions en foyer siégeant dans la région lenticulo-optique de la capsule interne au niveau du carrefour sensitif.

Cela est vrai, mais il est certain aussi que les hémianesthésies sensitivo-sensorielles à la suite de lésions cérébrales sont extrêmement rares ; elles tendent de jour en jour à perdre du terrain. Celles qui en perdent encore davantage ce sont les anciennes hémianesthésies toxiques, alcoolique et saturnine, car M. Charcot a récemment montré [2] que les faits de cet ordre soigneusement observés avaient trait à des sujets hystériques qui n'en étaient pas moins, du reste, saturnins ou alcooliques, le plomb et l'alcool favorisant singulièrement l'apparition de l'hystérie chez les sujets prédisposés.

Nous nous en tenons donc à l'hémianesthésie organique par lésion du carrefour sensitif. Eh bien, si celle-ci existe véritablement — et M. Charcot en a montré un fait indubitable dans une récente clinique — nous ajouterons qu'elle présente des caractères qui lui sont tout à fait particuliers.

Nous savons d'abord que l'hémianesthésie hystérique est presque toujours, ou à peu près, à la fois sensitive et sensorielle; nous savons aussi (Keser) que l'anesthésie sensorielle

[1] *Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques*. Th. Paris, 1876.

[2] *Hémianesthésie hystérique et hémianesthésie toxique*. Leçon recueillie par M. Babinski. (*Bulletin médical*, n° 25; 25 mai 1887, p. 387) — Voy. aussi : Debove et Achard, *loc. cit.*

peut être croisée par rapport à l'anesthésie sensitive, ce qui ne saurait avoir lieu dans l'hémianesthésie organique. De plus, il est un phénomène qui, lorsqu'il existe, permet au diagnostic de s'établir : l'hystérique peut être *amaurotique* avec rétrécissement du champ visuel, l'hémiplégique sensitif organique a aussi du rétrécissement, mais il est *hémiopique*.

Il existe d'autres considérations tirées encore de l'étude de la sensibilité que l'on pourrait invoquer pour établir le diagnostic différentiel; elles sont relatives aux esthésiogènes et aux phénomènes de transfert par l'aimant. On sait, en effet, que l'application d'un aimant ou l'emploi d'un esthésiogène quelconque peuvent chez les hystériques : 1° faire reparaître (ou disparaître) la sensibilité ; 2° transférer l'hémianesthésie du côté opposé.

Ces phénomènes se montrent-ils dans les hémianesthésies réputées organiques ?

Nous répondrons : généralement non dans l'immense majorité des cas (et ils sont bien peu nombreux), n'allant pas toutefois aussi loin que M. Achard, qui nous dit (p. 52) : « Il nous paraît impossible d'admettre que les agents esthésiogènes puissent restaurer la sensibilité abolie par une lésion organique. » En effet, M. Vulpian a montré [1] que dans certains cas, rares à la vérité, la faradisation de la peau pouvait faire reparaître — momentanément tout au moins — la sensibilité chez des ataxiques, chez des hémiplégiques hémianesthésiques par lésion cérébrale. M. Grasset [2] a rapporté également un cas de même ordre relatif à un hémiplégique hémianesthésique par lésion du cerveau. Il résulterait même d'une observation inédite de M. Charcot relative au malade précédemment cité, qu'on pourrait obtenir le transfert par l'aimant d'une hémianesthésie organique. Mais ce cas est encore unique et nous pouvons dire en matière de conclusion : que ce qui est la règle dans l'hystérie est la très grande exception dans les affections à subtratum anatomique s'accompagnant d'hémianesthésie.

Nous arrivons maintenant, en dernière analyse, à l'étude

[1] *De l'influence qu'exerce la faradisation de la peau dans certains cas d'anesthésie cutanée.* (*Archives de physiologie*, t. VII, 1875, p. 877.)

[2] *Note sur les effets de la faradisation cutanée dans l'hémianesthésie d'origine cérébrale.* (*Archives de physiologie*, t. VIII, 1876, p. 764.)

des cas dans lesquels la face participe à l'hémiplégie, que le malade soit encore plongé dans le coma ou qu'il en soit sorti. Jusqu'à ces derniers temps, on s'en tenait à l'opinion émise par Todd :

« Dans l'hémiplégie hystérique, *ni la face ni la langue ne sont prises;* la paralysie est limitée au membre supérieur et inférieur et souvent n'est pas complète; les muscles sont, généralement, dans le relâchement, mais ne souffrent pas dans leur nutrition lorsqu'on les compare avec ceux du côté opposé; de temps en temps un ou deux membres peuvent être affectés de spasme de quelques-uns de leurs muscles et peuvent avoir de la tendance à devenir rigides. Dans la promenade, quand cette paralysie est complète, le malade tire sa jambe après lui, comme si elle était morte, balayant le sol[1]. »

Si la description de Todd mérite encore de rester classique, il n'en est pas moins vrai que sa première proposition doit être rejetée, car la face et la langue peuvent parfaitement être prises dans l'hémiplégie hystérique, mais elles le sont d'une toute autre façon que dans l'hémiplégie organique.

Chez l'hémiplégique organique, chaque expiration soulève l'orbiculaire des lèvres du côté paralysé, de même que la commissure labiale s'entr'ouvre à ce moment de ce côté, la tonicité musculaire faisant défaut; du côté sain, la commissure est relevée par prédominance de l'action musculaire; enfin, la langue est tirée du *côté paralysé*.

L'étude de plusieurs cas récents a montré que si, dans l'hémiplégie hystérique, la face et la langue étaient envahies, elles l'étaient tout autrement que dans l'hémiplégie organique.

Ainsi que l'a établi M. Charcot[2], et avec lui MM. Brissaud et P. Marie[3], ce n'est plus de paralysie, mais bien de spasmes dont il s'agit ici. La commissure atteinte n'est plus abaissée, mais bien relevée par le spasme qui entr'ouvre largement la commissure; la déviation de la langue qui est *excessive*, tou-

[1] *Clinical lectures ou paralysis, certain diseases of brain.* Londres, 1856, 2e éd., p. 267.

[2] *Spasme glosso-labié unilatéral des hystériques. Diagnostic entre l'hémiplégie capsulaire et l'hémiplégie hystérique.* (*Semaine médicale*, n° 5, 2 février 1887, p. 37.)

[3] *De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique.* (*Progrès médical*, 29 janvier; 12 février 1887.)

jours par spasme, se fait le plus souvent du côté atteint, bien qu'il puisse en être autrement, ces deux phénomènes, à l'inverse de ce qui se passe dans l'hémiplégie organique pouvant être dissociés.

Ce *spasme glosso-labié* occupe tantôt le côté paralysé, tantôt le côté sain ; enfin, il peut être reproduit par suggestion, tandis que la paralysie faciale d'origine centrale ne peut être obtenue à l'aide de ce procédé de recherches.

L'analyse des observations publiées par les auteurs qui ont eu à traiter de l'hémiplégie hystérique (Brodie, Lebreton, Hélot, Boutges, Achard) ne laisse aucun doute sur la valeur diagnostique de ces différents signes. Pas un de ces auteurs ne signale, en effet, une paralysie véritable du facial inférieur : on trouve même, parmi ces faits, des paralysies du facial supérieur (Lebreton[1], Dumontpallier[2]), évidemment indépendantes d'une lésion centrale.

Pour terminer, nous ne confondrons pas les attaques de thargie hystérique avec les attaques provoquées de la *léthargie hypnotique*. Si la notion de provocation fait défaut, on aura pour se guider la constatation de l'hyperexcitabilité musculaire spéciale à ce dernier état. Nous savons néanmoins que l'hypnotisme peut être spontané, ainsi que M. Vizioli en a rapporté une si remarquable observation[3]. Dans ce cas, le diagnostic différentiel sera de minime importance, car les faits établissent que c'est encore un hystérique en présence duquel on se trouvera le plus souvent.

II. — Les diverses affections ou mieux les symptômes cliniques que nous venons de passer en revue, sont de beaucoup ceux qui pourront en imposer par une attaque de sommeil. Ces faits sont du reste fort intéressants, car ils semblent former tout naturellement un même groupe dans lequel le diagnostic a besoin de se faire d'une façon immédiate. Il n'en est plus de même de ceux que nous allons étudier maintenant au même point de vue du diagnostic différentiel.

[1] *Des différentes variétés de la paralysie hystérique.* Th. Paris, 1868, obs. XVI.

[2] *Apoplexie et hémiplégie hystériques.* (*Bull. et Mém. Soc. méd. des hôpitaux*, 6 avril 1887, p. 140.)

[3] *Del morbo ipnotico, ipnotismo spontaneo, autonomo.* — Naples, 1886, p. 24.

En premier lieu, nous devons parler d'une affection, d'un syndrôme bizarre, encore mal classé, appelé tour à tour *maladie du sommeil*, *narcolepsie* et bien étudiée par Gelineau [1] et Ballet [2]. Les malades sont encore des héréditaires, comme toujours, mais le sommeil n'est plus accompagné ou suivi d'attaques convulsives ou d'autres accidents hystériques. Il survient brusquement, de lui-même pour ainsi dire, il cède de même et tout est fini jusqu'à la prochaine invasion. Les fragments de l'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de notre ami Hugues Le Roux, feront mieux comprendre ce qu'est cette affection que toute description raisonnée. L'observation est d'autant plus intéressante que, sous forme de lettre, le malade nous fait pénétrer lui-même dans l'intimité de son mal.

« Je suis atteint d'une affection tout à fait spéciale nommée narcolepsie par quelques médecins qui depuis plusieurs années ont pu m'observer. Je dors ou je m'endors à toute heure du jour sans que la volonté et l'énergie dont je suis capable puissent s'y opposer. Je suis pris parfois presque instantanément et cela dans quelque situation que je me trouve.

J'ai dormi en cueillant des cerises, en marchant, pendant que l'on me causait, et, étant enfant, apprenti mercier à Paris, en servant les clients. Un jour entre autres, je fus réveillé par un employé de magasin pliant du fil et restant tout à coup immobile au grand ébahissement de la cliente qui se retira en riant. Ce qu'il y a de plus curieux c'est que les personnes près desquelles je me trouve ne s'en aperçoivent pas ou très rarement.

J'ajouterai que lorsqu'on me réveille à ces moments-là je souffre beaucoup de battements de cœur, mais j'éprouve en même temps une sensation de douleur et de soulagement à la fois depuis la nuque jusqu'en bas, comme si on me descendait un morceau de glace.

Aujourd'hui (30 mars 1887), j'ai trente-six ans, je souffre moins, mais mon affection m'empêche et m'a toujours empêché de ne rien faire et d'occuper aucune place. J'étais taxé de paresse et de fainéantise... »

La lecture de cette observation permet de comprendre que le diagnostic différentiel entre la narcolepsie (sans préjuger de

[1] *De la narcolepsie*, 1881.

[2] *Contribution à l'étude du sommeil pathologique* (*quelques cas de narcolepsie*). (*Revue de médecine*, 1882, t. II, p. 945.)

la nature de ce syndrôme) et la léthargie hystérique ne saurait être longtemps hésitant. La seule possibilité d'obtenir à volonté le réveil juge suffisamment la question. Il en est de même à ce dernier point de vue du *somnambulisme spontané* que nous ne signalons que pour mémoire.

Il n'en est plus ainsi dans certains cas de *stupeur mélancolique à forme léthargique* ou dépressive. Ce sont encore là, du reste, des cas sur la pathogénie desquels les auteurs paraissent mal fixés. Rappelons de plus, que certains délirants hystériques (cas de Martinenq) peuvent être sujets à des attaques de sommeil.

En 1869, M. Legrand du Saulle publiait dans la *Gazette des Hôpitaux* [1] un mémoire intéressant sur ce sujet encore à l'étude aujourd'hui. Il rapportait l'observation d'un individu âgé de trente-deux ans, chez lequel le *sommeil apparent* — retenons ce terme — n'avait pas discontinué pendant sept mois consécutifs. La sonde œsophagienne fut introduite 750 fois; la température ne dépassa pas 37° 5; l'autopsie ne révéla aucune lésion. M. Legrand du Saulle analysait à ce propos une brochure de Timermans [2], traitant du même sujet et, à la suite de laquelle, la question avait été portée devant l'Académie de Turin. Les savants italiens ne parvinrent pas, du reste, à s'entendre et la discussion [3] ressembla singulièrement à celle qui avait eu lieu sur les *Névroses extraordinaires*, en 1858, devant la Société médico-psychologique, à l'instigation de Cerise.

De cette discussion, il résulta néanmoins que chez ces malades le sommeil, lorsqu'il existe véritablement, est discontinu; ce sont de véritables aliénés, des délirants chroniques, et Timermans nous semble avoir donné la note juste en disant qu' « une idée mélancolique fixe portait son sujet à une léthargie maniaque avec abstinence complète ». Ces aliénés, guidés par leur idée fixe, raisonnent pour ainsi dire leur stupeur qui n'est pas un véritable sommeil, ce qui suffit,

[1] *Stupeur mélancolique à forme léthargique. Sommeil apparent et non discontinué pendant plus de sept mois. Simulation de la mort.* (*Gazette des hôpitaux*, 1869, nos 128, 130, 131.)

[2] *Storia di una encefalopatia con letargo maniaco (sonno di semensi) con osservazioni e commenti.* — Turin, 1869.

[3] Olivetti. *Il letargo ela mania possono coesistere.* —Turin, 1869.

en dehors même des autres signes propres aux dormeurs hystériques, pour établir le diagnostic.

Nous avons dit que l'autopsie n'avait révélé aucune lésion du système nerveux chez le malade de Legrand du Saulle ; de même chez le sujet de Timermans. Toutefois, il en fut autrement chez cet individu observé par Semelaigne[1], qui rentrait, à ce qu'il nous semble, dans la même catégorie, et chez lequel le sommeil, ou mieux la stupeur mélancolique, ne dura pas moins de quatre ans et sept mois et demi. L'autopsie révéla les lésions de la paralysie générale.

Nous en tenant exclusivement à la question du diagnostic différentiel avec les attaques de sommeil hystérique, nous n'avons pas à nous prononcer sur la valeur relative de ces différents cas, mais on pourrait peut-être nous faire remarquer qu'il en est d'autres dans lesquels l'hystérie et la paralysie générale se superposent, ainsi que M. Ph. Rey en a rapporté des observations[2]. Ne pourrait-on pas alors observer la coexistence d'attaques de sommeil hystérique ?

A cela, et sans vouloir aller plus avant dans cette discussion à l'heure actuelle si hérissée encore de difficultés, nous répondrons par la dernière conclusion de M. Rey : « L'hystérie s'atténue ou disparaît dans le cours de la paralysie générale ; il est probable que dans beaucoup de cas elle s'atténue ou disparaît au moment de l'invasion de l'affection paralytique. »

Il ne nous reste plus maintenant qu'à dire quelques mots de ces cas de léthargie hystérique pour lesquels le terme de *mort apparente* a été prononcé par les anciens auteurs. Le diagnostic devra s'établir dans ces cas avec la mort réelle et, aller plus loin, ce serait énumérer tous les signes de la mort. Nous croyons avoir assez fait pour l'étude symptomatologique de la léthargie hystérique pour nous abstenir de donner cette énumération. Nous pensons qu'aujourd'hui les phénomènes hystériques sont suffisamment connus et analysés pour qu'on n'ait plus à craindre ces inhumations précipitées dont, à commencer par l'histoire de Vesale, on trouve un certain nombre

[1] *Contribution à l'étude du sommeil pathologique chez les aliénés.* (*Annales médico-psychologiques*, 1885, t. I, p. 20.)

[2] *Note sur la paralysie générale chez la femme; de l'hystérie chez les femmes atteintes de paralysie générale.* (*Annales médico-psychologiques*, 1885, t. II, p. 421.)

d'exemples dans les auteurs précités. Qu'on en juge, du reste, par la troisième observation de Pfendler :

Rachel N..., âgée de vingt-huit ans, mariée, était depuis deux ans sujette à la catalepsie et fut traitée par un médecin très habile de Vienne. Après plusieurs médicaments employés, la catalepsie a cessé, mais ensuite une léthargie s'est déclarée qui a duré plusieurs mois, la malade a dormi de quarante-huit à soixante-huit heures, mais dans une des dernières attaques, elle fut prise pour morte; déjà enterrée le fossoyeur voulant s'emparer des vêtements, ouvre dans la nuit son cercueil; mais, pendant son opération, celle-ci revient subitement à la vie. Le fossoyeur, épouvanté, veut fuir. Rachel l'appelle et lui dit de la faire conduire chez le médecin qui l'avait soignée. Celui-ci informe le mari de la résurrection de son épouse. La malade conserva depuis une parfaite santé ; j'ai eu moi-même l'occasion de lui parler plusieurs fois dans la suite, et on l'appela la *belle Juive ressuscitée.*

Enfin, une attaque de léthargie hystérique peut-elle être simulée ? Nous pourrions répondre : Autrefois, peut-être ; aujourd'hui, certainement non ; tout au moins le simulateur n'en imposerait pas pendant longtemps. Que dire cependant encore de cette trente-deuxième observation de Pfendler que nous rapportons comme étant la seule de cet ordre que nous ayons trouvée dans les auteurs, sans y attacher, d'ailleurs, plus d'importance qu'elle n'en mérite.

Léthargie simulée. — Adam Phinéas, âgé de dix-huit ans, servait depuis deux ans dans les armées autrichiennes, lorsqu'il abandonna son corps. Repris le 26 avril 1811, il devait subir la peine des déserteurs (*garsen laufen*), peine qui consiste à faire passer le coupable dans une haie formée par trois cents soldats armés d'une baguette pour recevoir cinq à six mille coups sur le dos. Quelquefois, quand le jugement est plus gracieux, on n'inflige que cent coups sur les fesses. Cette punition existe encore dans quelques Etats de l'Allemagne et rarement un vendredi se passe à Vienne sans que trois ou quatre exécutions de ce genre n'aient lieu. Cette coutume, qui tient de la barbarie la plus affreuse des nègres, déshonore notre siècle et prive les gouvernements des soldats robustes qui, après cette infâme punition, succombent souvent à des maladies de poitrine. Pour se soustraire à cette correction, Phinéas simula un état léthargique pendant quarante-trois jours. Aucun moyen irritant n'avait de l'efficacité : si on lui relevait un membre, il retombait sans vie, le teint était pâle, mais la respiration et le pouls étaient normaux. On lui

donna des œufs avec du vin, quelquefois du thé, par les ouvertures des dents absentes, car il simulait même un trismus. Il ne montrait aucune sensibilité, lorsqu'on lui enfonçait des aiguilles sous les ongles. On soupçonna que le siège de la maladie était dans le crâne, le malade ayant déclaré auparavant à ses amis qu'il avait fait une chute. On proposa de fendre le cuir chevelu avec un scalpel pour reconnaître si le crâne était réellement atteint. Cette opération fut annoncée à ses parents assis à côté de son lit, pour que le malade l'entendît. On pratiqua trois incisions, le cuir chevelu fut enlevé et le crâne ratissé. Pendant cette opération, le malade ne manifesta aucun signe de douleur; seulement il soupira d'une manière presque inappréciable lorsqu'on lui ratissa le crâne. La maladie étant déclarée incurable, le malade reçut son congé et fut renvoyé dans ses foyers. Deux jours s'étaient à peine écoulés depuis son arrivée chez lui, qu'il parlait avec tous ses amis et aida même son père à découvrir les toits.

Sans vouloir insister sur ce fait qui, nous l'avons dit, nous paraît unique dans son genre, il nous sera permis de dire que le sujet n'était peut-être pas un simulateur. La léthargie était survenue à la suite d'une prétendue chute et l'on sait le rôle que joue le traumatisme dans l'apparition et le développement des accidents hystériques. Nous ferons remarquer encore que l'insensibilité était complète et surtout qu'il existait du *trismus*, mais nous risquerions de nous égarer en allant plus loin dans l'étude d'un fait manquant de tant d'éléments d'appréciation raisonnée. Ajoutons cependant que Briquet (p. 427) considère lui aussi cette observation comme un exemple de léthargie réelle et non simulée.

Il nous resterait à présenter quelques *considérations médico-légales* sur les attaques de sommeil. C'est un sujet que nous avons déjà traité dans notre travail sur l'*Hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal* et dans une communication à la Société de médecine légale [1]; nous y renvoyons donc le lecteur.

Toutefois, il nous sera permis de dire qu'il résulte de diverses observations, particulièrement de celle rapportée par Mabille [2], que les malades peuvent être violées pendant l'état

[1] *Le viol dans l'hypnotisme et dans les états analogues;* communication du 2 août 1886.

[2] *Rapport médico-légal sur un cas de viol et d'attentat à la pudeur commis sur une jeune fille atteinte d'hystérie avec crises de sommeil.* (*Annales médico-psych.*, 6e série, t. II, janvier 1884, p. 83.)

de léthargie hystérique. Bien plus, il résulte même d'un fait très intéressant qui s'est déroulé devant les assises de la Seine (17 juin 1886) et dont le rapport médical fut confié à notre éminent maître, M. le professeur Brouardel[1], qu'une hystérique à attaques de sommeil put accuser faussement un individu de l'avoir violée pendant cet état. Nous l'avons dit, nous n'insisterons pas davantage sur ces faits particuliers auxquels nous avons donné ailleurs le développement qu'ils comportaient.

Quel *traitement* doit-on appliquer aux attaques de sommeil ? « La léthargie, dit Briquet (p. 707), qui était pour les anciens un sujet d'effroi, doit être abandonnée à elle-même, jamais une hystérique n'a péri dans un accès de léthargie ; il faut donc laisser les malades dormir et l'on attendra tranquillement leur réveil ; tout au plus faudrait-il appliquer des topiques chauds ou des révulsifs sur le tronc ou sur les membres si la circulation ou la respiration paraissaient se faire trop faiblement. »

Nous ne serons pas aussi exclusif que Briquet ; l'attaque de sommeil, pour peu qu'elle se prolonge, est par elle-même un danger par la dénutrition qu'elle entraîne. Or, sachant que la pression d'une zone hystérogène, par l'attaque convulsive qu'elle amène, suffit parfois pour faire cesser le sommeil, nous nous croirons toujours autorisé à rechercher l'existence de ces zones et à nous en servir, une fois constatées, au mieux des intérêts du malade confié à nos soins.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Contribution a l'action de l'uréthane ; par E. Kerœpelin. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.) — Contribution a l'action de l'uréthane chez les aliénés ; par R. Otto et W. Kœnig. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1886.) — Contribu-

[1] Voy. *L'hypnotisme et les états analogues...*, p. 519-524.

TION A L'ACTION DE L'URÉTHANE EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES; par H. ROTTENBILLER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1886.) — CONTRIBUTION A L'ACTION DE L'URÉTHANE EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES; par W. KŒNIG. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1886.)

Une dose moyenne de 2 à 3 grammes détermine en un quart d'heure un sommeil calme de quatre heures sans inconvénient dans la majorité des cas (70 p. 100) à la condition qu'il ne s'agisse pas d'une agitation trop intense. Ce médicament serait indiqué dans les agitations modérées de la paralysie générale, mais son triomphe est la mélancolie anxieuse, chez les individus du sexe féminin, anémiés, à la période de convalescence des affections fébriles dénutritives. Dans ces conditions il agit plus longtemps que la paraldéhyde et n'a pas les inconvénients de goût, d'odeur, d'élimination de cette dernière. Tel est l'avis de Krœpelin. — Otto en a obtenu de bons résultats dans les agitations vives des paralytiques généraux (2 à 8 gr.), chez les épileptiques déprimés et anxieux (2 à 6 gr.), chez les idiots très agités (0,50 - 3 gr.), dans les cas d'agitation extrême et d'angoisse prononcée chez les déments séniles et les fous systématiques (3 à 6 gr.); Kœnig également; leur conclusion est que l'uréthane convient surtout dans les agitations modérées (3 à 4 gr.); sinon, il vaut mieux s'adresser à la paraldéhyde. Dans les mêmes conditions, ou à peu près, Rottenbiller se rattache à l'ingestion gastrique de 2 à 4 grammes pour avoir un sommeil calme de sept à huit heures; à doses plus élevées, l'uréthane ne serait pas bien supportée. Chez cinq déments, un épileptique, trois paralytiques généraux, une à trois injections sous-cutanées de 0,25 l'une aurait provoqué 6 à 8 heures de sommeil, sans accident local, ni général. Kœnig préfère l'ingestion gastrique (contrôle sur 10 paralytiques généraux). P. KERAVAL.

II. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SUGGESTION A L'ÉTAT DE VEILLE AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE; par le D[r] J. COUTURIER. (*Loire méd.*, 1886.)

Ce travail contient les observations de plusieurs malades qui ont été guéris d'accidents divers (névralgies, vomissements, toux nerveuses, anesthésies, contractures, spasmes de l'urèthre, troubles psychiques, etc...,) par la suggestion à l'état de veille. L'auteur croit, avec Grasset, qu'on peut employer sans aucun inconvénient l'hypnotisme chez les sujets qui s'y montrent ra-

pidement et facilement accessibles. Pour le reconnaître, le Dr Couturier, à l'exemple d'un magnétiseur de passage à Saint-Etienne, a l'habitude d'appliquer la main sur le dos du patient en lui disant : « Vous sentez de la chaleur, cette chaleur augmente, etc... » Si le sujet est hypnotisable, il répond affirmativement et se trouve dès lors apte à subir les effets de la suggestion à l'état de veille. G. D.

III. Contribution a l'action de la paraldéhyde ; par W. Sommer. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Emploi depuis deux ans et demi, chez des aliénés du sexe masculin, de 1100 doses de ce médicament. La paraldéhyde dure agit toujours à la plus grande satisfaction de chacun ; 3 à 5 gr., additionnés au besoin de 2 à 4 gr. de bromure de potassium dans beaucoup d'eau n'ont aucun inconvénient. Il faut se défier des troubles vaso-moteurs, causés par la paraldéhyde, surtout quand on a affaire à des individus dont les vaisseaux seront soupçonnés de fragilité, notamment à des alcooliques. L'auteur cite une observation d'éruption scarlatiniforme due à l'ingestion de ce médicament (4 gr. par jour pendant 16 jours). P. K.

IV. Contribution au traitement ou a la préservation prophylactique des automutilations impulsives chez les aliénés ; par Rabow. (*Centralbl. f. Nervenheik*, 1886.)

En immobilisant les deux articulations du coude dans le sein de l'extension, à l'aide d'un appareil simple ou amovo-inamovible, ou d'un cylindre de fort carton, on met l'individu à surveiller dans l'incapacité de se servir de ses bras et par conséquent de se mutiler. Cela vaut mieux que la camisole. On peut traiter le somnambulisme nocturne par l'immobilisation des articulations du genou ; le malade ne pouvant se lever est réveillé et par conséquent prévenu de son accès. P. K.

V. Cas de tétanos traumatique subaigu traité et guéri par l'emploi du bromure de potassium a hautes doses ; par M. F. Montagnon. (*Lyon, méd.*, 1886, t. 52.)

Homme de quarante-huit ans qui, à la suite d'une blessure de la plante du pied présenta, un tétanos généralisé avec crises de contractures très douloureuses. Le bromure de potassium fut administré à la dose de 6 grammes et porté progressivement à celle de 20 grammes par jour ; dès le début de ce traitement, la température se mit à baisser et le malade se rétablit complètement. G. D.

VI. L'ÆTHOXYCAFÉINE COMME SUCCÉDANÉE DE LA CAFÉINE DANS L'HÉMICRANIE; par W. FILEHNE. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 1.)

Administration de ce médicament à des malades auxquels la caféine avait antérieurement rendu de bons services, à titre de comparaison. Pour obtenir les mêmes effets, il faut donner une dose plus élevée d'æthoxycaféine que de caféine, sans que sa dose totale dépasse cependant 0,60 dans la journée. On la donne en poudre dans du pain azyme. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 26 décembre 1887.

Le secrétaire général donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Foville ; il communique ensuite une note de M. Mabille, sur l'hématôme de l'oreille ; pour l'auteur, l'épanchement se ferait entre la peau et le périchondre.

M. MOTET rappelle qu'il a autrefois démontré qu'au contraire, l'épanchement avait toujours lieu sous le périchondre.

Du délire chronique (suite de la discussion). — M. SAURY expose que l'évolution spéciale du délire chronique suffit à le distinguer des autres formes mentales, dont la symptomatologie peut comprendre également des conceptions ambitieuses et des idées de persécutions. Chez les dégénérés surtout, l'état délirant accuse le plus souvent une irrégularité qui permet, à elle seule, d'établir le diagnostic différentiel ; cependant on a pu s'y tromper. Il rapporte, à ce propos, une observation concluante : il s'agit d'un malade âgé de quarante-deux ans, dont la dégénérescence intellectuelle se trouve nettement confirmée, aussi bien par les antécédents que par l'existence de syndromes épisodiques (obsessions et impulsions conscientes). Le délire greffé sur ce fonds de dégénérescence n'est pas moins caractéristique ; polymorphe et mobile, il constitue un mélange ondoyant et variable dont les incidents multiples ne se prêtent à aucune disposition régulière.

Des idées de persécution, hypochondriaques, mystiques ou ambitieuses se montrent et disparaissent de la manière la plus imprévue. La plupart des arguments que l'on a invoqués contre le délire chronique reposent sur des observations analogues. Or, ces exemples, non seulement n'infirment point la doctrine soutenue par M. Magnan et ses élèves ; ils servent, au contraire, à la mieux définir. Ces cas appartiennent à une autre espèce morbide et, dans sa communication, M. Saury n'a pas manqué de faire ressortir les différences radicales qui séparent le délirant chronique des dégénérés. Malgré certains signes communs, l'on ne saurait assimiler, sans erreur, deux états distincts, surtout au point de vue de la marche, de la durée et de la terminaison.

M. Camuset communique plusieurs observations de délire ambitieux survenu après une longue période de délire des persécutions, ce qui constitue des cas très nets de délire chronique.

M. Doutrebente. — Dans l'observation qui vient de nous être communiquée par M. Saury, il est dit que le malade n'avait pas d'hallucinations auditives : d'après la doctrine de M. Magnan, et de ses élèves, cet individu ne pouvait donc être considéré comme délirant chronique.

M. Saury ne sait pas si son malade aurait pu être confondu avec un délirant chronique, mais ce qu'il sait, c'est que MM. Dagonnet et Ball ont produit des observations absolument semblables pour démontrer la mégalomanie d'emblée dont nous n'avons jamais nié l'existence *chez les dégénérés*. Il ajoute que dans les derniers temps son sujet avait des hallucinations de l'ouïe.

M. Doutrebente ne fait pas d'objection à la doctrine du délire chronique qu'il accepte très volontiers.

M. Falret demande la continuation de la discussion actuelle, qu'on pourra facilement faire suivre par la question de la mélancolie anxieuse. M. B.

Séance du 30 *janvier* 1887. — Présidence de MM. Magnan et Cotard

M. Magnan, avant de quitter le fauteuil de la présidence, passe en revue les travaux de la Société pendant le courant de l'année qui vient de s'écouler et procède ensuite à l'installation du nouveau président, auquel il souhaite la bienvenue.

M. Cotard remercie ses collègues qui l'ont appelé à diriger leurs travaux.

Commission des prix. — Après élections, les commissions des prix sont ainsi composées. — *Prix Aubanel* : MM. Briand, Charpentier, Falret, Féré et Séglas. — *Prix Esquirol* : MM. Baillarger, Blanche,

Mitivié, Ritti et Rouillard. — *Prix Moreau* (de Tours) : MM. Ball, Chaslin, Christian, Dubuisson et Moreau.

Dédoublement de la personnalité chez une hystérique. — M. Ladame donne communication de l'histoire d'une hystérique prise d'accès de somnambulisme spontané d'assez longue durée pour constituer une double vie.

Du délire chronique (suite de la discussion). — M. J. Séglas, rappelle que dans les communications antérieures les partisans du délire chronique font de cette vésanie une espèce nosologique bien distincte, autant par son évolution que par le terrain sur lequel elle repose, indemne de toute tare dégénérative. Mais, en clinique, la distinction ne semble pas être aussi absolue et à ce propos, M. Séglas rapporte huit observations de délire chronique diagnostiqué par MM. Magnan, Garnier, Briand. L'une de ces malades *n'avait pas* d'hallucinations, mais de simples interprétations délirantes. Chez toutes, une hérédité aussi chargée que celles des dégénérés les plus avancés se manifeste par l'alcoolisme, les paralysies, les altérations du caractère, la déséquilibration et la débilité mentales, les névroses hystériformes, le bégaiement, l'aliénation caractérisée, le suicide, les obsessions... Avec de pareils antécédents on ne doit pas être étonné de rencontrer chez les malades la preuve de cette hérédité : mycrocéphalie, acrocéphalie, asymétrie cranio-faciale, malformations de la voûte palatine, déformations auriculaires multiples, le tic facial, le bégaiement, la menstruation tardive. Ce sont bien des stigmates physiques et même, si l'on en croit MM. Saury et Legrain, plus particuliers aux états inférieurs. Du côté psychique on a pu noter dans les observations le retard de développement dans l'enfance, la parole tardive, l'instabilité et la faiblesse d'esprit, les altérations du caractère, des sentiments et même les états émotifs spéciaux réunis par M. Magnan sous le nom de syndromes épisodiques des héréditaires.

D'ailleurs, dans les lésions cliniques de M. Magnan et dans les thèses faites sous son inspiration, on retrouve des faits absolument semblables. C'est ainsi que M. Gérente, dans sa thèse sur le délire chronique (1883), reconnaît qu'au début de l'affection il y a un fonds primitif de *débilité* dû le plus souvent à quelque *dégénérescence héréditaire*. Il ne sépare donc pas les délirants chroniques des dégénérés et réunit d'ailleurs sous le nom de délire chronique les faits les plus dissemblables (persécutés ordinaires, persécutés sans hallucinations, dégénérés de toute espèce, nombre de mélancoliques anxieux, hypocondriaques, légateurs, etc...). Cette opinion est aussi celle de M. Boucher, qui rapporte d'ailleurs (*Arch. de Neurologie*, 1884) une observation de délire chronique reconnue par M. Magnan, chez un malade ayant eu des convulsions de

l'enfance et ayant présenté au début de l'affection mentale des symptômes analogues à ceux de la folie du doute. Les mêmes idées se trouvent encore exprimées dans une leçon de M. Magnan, publiée dans la *Revue de Médecine et de Chirurgie* 1883 où l'on voit aussi que le délire chronique peut s'accompagner *ou non* d'hallucinations. — M. Déricq (thèse de Paris, 1886) admet, de son côté, qu'il n'est pas rare de rencontrer chez des *débiles* le véritable délire chronique et il en rapporte trois exemples. Cette coexistence possible du délire chronique avec les états dégénératifs est encore mise en évidente dans la thèse de M. Respaut (1883) qui rapporte deux observations de coexistence du délire chronique avec des manifestations épileptiques de caractère varié. M. Magnan, lui-même, dans ses leçons cliniques sur l'épilepsie résumées par M. Briand cite le cas d'un individu qui, sous l'influence d'une hérédité complexe, était à la fois épileptique et délirant chronique. Cela ne laisse pas que d'étonner de rencontrer unies chez un même sujet ces formes morbides d'ordre si différent, délire chronique, débilité mentale, épilepsie ; surtout si l'on pense avec M. Magnan que l'épilepsie est une maladie essentiellement héréditaire, tandis que le délire chronique serait distinct des états de dégénérescence, à ce que prétendent M. Magnan, dans des leçons récentes et MM. Garnier et Briand dans leurs communications.

Au point de vue de l'évolution, ce qui, pour M. Séglas, serait caractéristique dans le délire chronique ce ne serait pas tant la succession des périodes qu'on peut aussi rencontrer chez les dégénérés (délire chronique galopant de M. Briand) que leur longueur. M. Séglas rappelle que, dans une de ses observations, le délire chronique est arrivé en moins d'un an à la troisième période. Mais, inversement, il est des délires chez des dégénérés qui évoluent aussi lentement que le délire chronique (délire à évolution chronique des dégénérés de M. Legrain) et qui peuvent se présenter sous l'aspect d'un délire chronique vrai. Si l'on admet avec M. Legrain que ce délire chronique vrai peut aussi se trouver chez les dégénérés, on voit que la question est beaucoup plus embrouillée qu'on pourrait le croire d'après les communications des partisans du délire chronique qui ne l'opposent qu'aux bouffées délirantes des dégénérés déjà décrites par Morel. D'un autre côté, au point de vue du pronostic, les délires à évolution chronique des dégénérés peuvent aboutir à la démence, tout comme le véritable délire chronique.

En résumé, pour M. Séglas, les observations qu'il rapporte et es opinions des auteurs qu'il cite, tous cependant partisans du délire chronique, sont en opposition formelle avec les théories émises devant la Société, et, en tout cas, montrent dans le délire chronique la même confusion que ses partisans reprochent à

Lasègne, Morel, Foville, Schuele, Krapf Ebing; il n'y a que l'étiquette de changée. MARCEL BRIAND.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 15 mars 1887[1]. — PRÉSIDENCE DE M. LŒHR.

M. RICHTER (de Dalldorff). *Démence paralytique ou tumeur cérébrale?* — L'observation concerne un homme de quarante et un ans, entré à Dalldorf avec le diagnostic de paralytique général. On constatait en effet de la démence, des paroles sans suite, une immobilité fixe et rigide de la pupille, du tremblement de la parole, comme s'il allait pleurer; mais l'affaiblissement de l'intelligence du jugement et de la mémoire présentait des interruptions, des irrégularités discontinues. Par ce point, il ressemblait à un malade affecté de tumeur cérébrale. Les symptômes contraires à l'idée d'une paralysie générale étaient le contraste entre cette profonde démence apparente et le peu d'accidents somatiques (aucune hésitation dans la démarche, aucune ataxie). Le diagnostic de tumeur avait contre lui : l'absence de vertiges et d'attaques épileptiformes; il avait, au contraire, pour lui la constatation d'une névrorétinite de la papille optique (papille étranglée). Au milieu de janvier 1887, paralysie de la jambe et du bras droits; mort fin janvier dans le stertor. *Autopsie* 8 heures et demie après la mort. Vaisseaux de la base présentant des exsudats circonscrits, pie-mère, trouble à la base se détache à droite en gros lambeaux faciles à enlever sans léser la substance corticale. Pie-mère cérébelleuse trouble ne se détache qu'en petits morceaux. Hémisphère cérébral gauche, dépourvu de consistance dans les régions inférieures; en essayant de détacher la pie-mère, on déchire complètement les lobes frontal et temporal; la substance nerveuse apparaît écrasée, jaune, et, par places, blanche; la convexité est également ramollie, presque fluctuante. Somme toute, il n'y a que l'extrémité des lobes frontal et occipital qui soit demeurée indemne, et ce ramollissement s'étend à la moitié antérieure du corps calleux. On peut, de l'hémisphère droit, détacher la pie-mère à la connexité, sans léser la substance corticale; intégrité de cet hémisphère; la substance corticale en est seulement un peu pâle. Lésions de la dysenterie. Au microscope, on trouve dans le tissu ramolli

[1] Voy. *Archives de Neurol.*, séance du 25 janvier 1887.

de l'hémisphère gauche des cellules granulo-graisseuses, des fibres nerveuses fracassées; aucun élément cellulaire ne dénote l'existence d'un néoplasme. — *Conclusion. Ramollissement de cause inconnue :* ni thrombose, ni embolie.

Discussion :

M. Jastrowitz. D'après la description de l'allure psychique du patient, il me semble y avoir eu de la surdité verbale. L'autopsie concorde avec cette idée, car la pie-mère présente une altération au niveau du lobe temporal, et le cerveau est à ce point ramolli qu'il se déchire quand on enlève la méninge. Chez un très grand nombre de paralytiques dont j'ai examiné le fond de l'œil à l'ophthalmoscope, je ne me souviens pas d'avoir vu de papille étranglée ordinaire, nettement marquée. Il y a lieu cependant de penser dans l'espèce à une embolie, en considérant l'insuffisance valvulaire.

M. Richter. Le patient ne paraissait pas atteint de surdité verbale, car celle-ci est continue, persistante, et ne permet pas de récupérer, par instants, la perception.

M. Jastrowitz. Dans les cas de tumeurs, on remarque d'ordinaire de grandes oscillations dans les symptômes psychiques. Aujourd'hui le malade paraîtra d'une lucidité étonnante; demain, ce sera un vrai dément. Comme les segments antérieurs du lobe frontal étaient, ainsi que certaines parties du lobe occipital, absolument indemnes, je crois à une embolie ou à une thrombose de la sylvienne, car les parties intactes ne sont justement pas irriguées par cette artère.

M. Mueller. Les formes initiales de la paralysie générale ne sont pas toujours aussi faciles à établir; à propos de plusieurs d'entre elles, où le diagnostic paraissait fixé, on obtint cependant une guérison durable. Ceci s'applique en particulier aux paralysies générales syphilitique et alcoolique, et à celles qui succèdent à un travail psychique, à une tension d'esprit exagérés et passagers. En quelques cas, le résultat favorable se prolongea plus d'un an, jusqu'à ce que le retour des mêmes causes nocives eut déterminé une rechute; par suite se posait la question de savoir si la guérison qui, remarquez-le bien, n'était pas une simple rémission, ne se serait pas affirmée à jamais dans des conditions favorables. Une expérience de plusieurs années m'a imposé la conviction que des formes tout à fait initiales peuvent se terminer par la guérison parfaite. Je reviendrai plus tard sur ce sujet en communiquant à l'appui des observations frappantes.

M. Richter. Ce n'était pas une embolie, puisqu'on ne trouvait par tout l'hémisphère, aucun résidu de globules sanguins, alors que la maladie existait depuis peu de temps relativement. Et pour que

l'on ait eu affaire à une embolie *sylvienne*, il faudrait admettre encore qu'il y avait eu oblitération simultanée de l'artère cérébrale postérieure et de l'artère du corps calleux, car le ramollissement dépassait le milieu du corps calleux et n'avait épargné que la corne la plus externe des lobes frontal et occipital.

M. KNECHT. *Cas d'aphasie amnésique avec cécité graphique.* — Homme de cinquante-quatre ans, dépourvu de toute tare héréditaire, jusque-là bien portant. Le 18 juillet 1884, à la suite de deux attaques apoplectiformes, n'ayant pas laissé de paralysie après elles, agitation, activité improductive, désordre et confusion dans les idées. Le 23 septembre, on constate de l'affaiblissement psychique, sans idées délirantes ni phénomènes paralytiques; tranquille pendant deux mois, il vaque aux occupations intérieures de l'asile et lit volontiers. Dans la nuit du 15 au 16 novembre, attaque épileptiforme suivie d'aphasie qui, d'abord, consiste uniquement dans l'impossibilité de fournir des renseignements sur sa personnalité; puis, l'accident augmente à ce point, au cours des quatre semaines suivantes, qu'il ne trouve plus à sa disposition que quelques monosyllabes, tels que *ja*, *nein*, *in mir*, *hier*, *ach Gott*. Mais il est capable de répéter les mots que l'on prononce devant lui et de consigner par écrit les réponses à des phrases proposées; à côté de cela, il ne peut lire l'écriture, quoique l'on ne puisse constater de gros troubles de la vue. A partir du jour où survint l'aphasie, on ne le vit plus de livre en main. L'aphasie dura jusqu'à la fin de janvier 1885, sans changement, puis l'affaiblissement psychique s'accrut progressivement. Au début de mars, série de syncopes avec pertes de connaissance assez prolongées. La première est marquée par un chute dans laquelle il se fracture le col du fémur. Il survient rapidement les accidents gangréneux du décubitus, des frissons, de la fièvre; mort le 13 avril. — *Autopsie.* Leptoméningite cérébro-spinale suppurée; pachyméningite hémorrhagique au niveau de tout l'hémisphère gauche; atrophie corticale des deux hémisphères. M. KNECHT insiste sur la différence qu'il y a entre l'aphasie ataxique, qui résulte de la destruction du centre de coordination moteur de la parole articulée, et l'aphasie amnésique dans laquelle le centre acoustique des images phonétiques se trouve détruit. Les lésions portaient dans l'espèce sur l'hémisphère gauche; c'est la pachyméningite qui doit être tenue pour la cause des attaques et de l'aphasie. Impossible, comme en d'autres cas d'ailleurs, d'arriver à une localisation plus précise. — Voici, comparativement. un cas d'*aphasie ataxique* chez un garçon de six ans et neuf mois, Pendant plusieurs semaines, abattement; puis le 9 mai 1885, céphalalgie, vomissements, inappétence, fièvre légère. Le 15 mai, brusquement, paralysie incomplète du bras droit, aphasie ; le malade ne peut émettre que quelques monosyllabes, il altère au plus haut point les autres mots, mais

comprend tout ce qu'on lui dit et manifeste clairement sa pensée par une pantomime expressive. Telle demeura la situation jusqu'au 25 mai ; à cette époque, convulsions cloniques dans le bras droit et la moitié droite de la face, plusieurs fois par jour, d'abord sans, puis avec perte de connaissance. Depuis le 5 juin, sopor à la suite d'augmentation de la fréquence du pouls et d'hyperthermie avec rigidité de la nuque; mort le 10 juin. On ne put pratiquer l'autopsie. Diagnostic probable; tubercule occupant l'extrémité postérieure de la troisième frontale gauche et la partie limitrophe de la frontale ascendante.

M. H. Lœhr. *Contribution à l'histoire de la psychiatrie dans la seconde moitié du siècle précédent.* — En érigeant sur la place de la Salpêtrière de Paris une statue à Ph. Pinel, la France a honoré la mémoire d'un homme qui, quatre-vingt-sept ans auparavant, s'est rendu immortel dans la médecine mentale. Ce n'est d'ailleurs pas le premier aliéniste français qui ait reçu les honneurs d'un semblable triomphe. Foderé (1846) et Esquirol (1862) ont aussi leurs statues. En Allemagne, on a moins de tendance à payer ainsi les dettes de gratitude; toutefois à Dalldorf, près Berlin, on trouve sur le frontispice de l'asile quatre médaillons qui conservent à la postérité les figures de Langermann, Ideler, Griesinger, et Pinel. M. Lœhr examine les titres de Pinel à la reconnaissance du monde, en se fondant sur la bibliographie de la psychiatrie dans la seconde moitié du siècle dernier, bibliographie dont il prétend se servir pour tracer le développement de l'assistance des aliénés en tous les pays dans le même laps de temps, par ordre de date. Il y ajoute des notices biographiques sur les hommes qui, en divers pays, ont imprimé une puissante impulsion à la psychopathologie et à l'assistance des aliénés, notamment sur Greding, Glawnig, Langermann, Reil, Daquin, Ph. Pinel, W. Tuke, Chiarugi, Benjamin Rush, et résume leurs écrits et leur œuvre. Il prétend que la réforme solennelle de Pinel, effectuée d'un bloc le 24 mai 1798, à la Salpêtrière n'est qu'une légende. Que Pinel ait patiemment, lentement, progressivement amélioré le sort des aliénés à Paris, dont les asiles étaient en piteux état, et qu'il ait paru accomplir dans la capitale de la France une réforme unique et merveilleuse pour qui ignorait les travaux des autres nations, voilà, dit M. Lœhr, l'exactitude. Il cite à l'appui Tenon (1786), l'état encore piteux des services de Pinel, en 1808 (rapport de Schweigger; rapport d'Esquirol en 1818). C'est en réalité, selon lui, la loi du 30 juin 1838 qui réalisa la révolution en question. En travaillant et luttant pour obtenir peu à peu l'amélioration rêvée, Pinel s'est élevé au rang des aliénistes les plus marquants, il a conquis la reconnaissance publique de tous les pays, mais il n'est pas le seul. Et du reste, dans les divers Etats, indépendamment les uns des autres, ont simultanément commencé les

réformes de la psychiatrie parce que la médecine interne, tronc commun de toutes les connaissances pathologiques, avait, par son développement, préparé l'avènement de la branche qui nous occupe et qui désormais pouvait conquérir son autonomie parmi des nations suffisamment cultivées pour en concevoir l'application pratique. Dès lors philanthropes et médecins purent, en se débarrassant des errements du vieux monde, dépenser des trésors d'enthousiasme, de vigueur et de persévérance au profit des réformes et ouvrir des voies nouvelles.

(*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLIV, 3.) P. Keraval.

SÉNAT

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS

Suite de la séance du jeudi 2 *décembre* 1886[1].

M. le Président. La parole est à M. de Gavardie.

M. de Gavardie. Messieurs, je suis véritablement effrayé de la lumière que l'on veut faire sur ces malheureux aliénés dans tous les points de la France. On convoque des quatre coins du pays une foule de fonctionnaires; on leur livre le secret des familles...

A gauche. Allons donc !

M. de Gavardie. Allons donc?... Ecoutez ceci : « Ce comité est chargé de coordonner tous les documents... »

M. le Rapporteur. Cela n'y est plus.

M. le Président. La rédaction a été modifiée, monsieur de Gavardie.

M. de Gavardie. D'abord, on ne nous a pas communiqué cette nouvelle rédaction, et, par conséquent, nous n'avons pas pu l'étudier.

M. le Rapporteur. M. le président vient d'en donner lecture.

M. de Gavardie. Vous croyez qu'on entend toujours? (Rires.) Je

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. XII, p. 135, 258, 439; t. XIV, p. 135, 307, 421; t. XV, p. 138.

suis allé vous consulter à votre banc, monsieur le rapporteur, et je vous ai dit : « Y aura-t-il un répertoire général des aliénés ? »

M. LE RAPPORTEUR. Oui !

M. DE GAVARDIE. Oui ! Et vous permettez cela ?

M. TESTELIN. On ne le publiera pas au *Journal officiel !*

M. DE GAVARDIE. Il ne manquerait plus que de le mettre dans le *Journal officiel !* J'espère bien que cela n'y sera pas ! Est-ce qu'il y a aujourd'hui un répertoire des aliénés ? Est-ce qu'il y a trace aujourd'hui de ce secret des familles que vous livrez aux quatre vents du ciel ? Ah ! vous voulez que je compte — et nous allons nous expliquer là-dessus — sur le secret, lorsque tous les jours les fonctionnaires les plus élevés livrent à la publicité les secrets des familles ? Je ne veux pas entrer dans des détails, mais vous devez comprendre à demi mot, sans que je sois obligé de citer des faits, le danger qu'il y a à créer cette complication de commissions qui s'étalent sur des commissions ! Autrefois, il y avait un certain nombre de fonctionnaires qui veillaient suffisamment, qui assuraient tout : et l'intérêt des malades, et l'intérêt des familles, et l'intérêt des biens. Tout cela était sauvegardé sans cette complication — oui, je me sers du mot cette fois avec intention — cette complication chinoise, barbare, cruelle !

Plusieurs sénateurs à gauche. Calmez-vous ! (Rires.)

M. DE GAVARDIE. Calmez-vous ? Oh ! je suis bien calme ! C'est toujours la même observation. Je voudrais que vous fussiez aussi calmes que moi. C'est précisément parce que vous ne l'êtes pas, parce que vous sentez les atteintes de la vérité, parce que vous vous redressez souvent sous la parole vengeresse signalant les torts et les violations continuelles de la loi dans notre pays, que vous dites que je ne suis pas calme. C'est vous qui ne l'êtes pas, au fond de votre conscience ! (Exclamations à gauche.)

Eh bien ! je dis que vous créez là un arsenal dangereux, que le ministre de l'intérieur, non seulement par des raisons d'administration supérieure, ne doit pas souffrir le contrôle même consultatif d'une commission, mais, par des raisons de haute moralité sociale, ne doit pas permettre que ce grand conseil s'introduise au ministère de l'intérieur et puisse, à un moment donné, je le répète, livrer à la publicité le secret des familles.

M. LE PRÉSIDENT. Personne ne demande plus la parole ?...

M. LE RAPPORTEUR. Je demande à répondre à M. de Gavardie.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le Rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Messieurs, je demande à dire un mot au sujet de ce répertoire sur lequel M. de Gavardie vient de prononcer des paroles qui pourraient semer des alarmes qui seraient très naturelles si ce répertoire des aliénés était ce qu'il

vient de dire. Le répertoire des aliénés n'est pas une innovation. C'est bien, en effet, une sorte de casier judiciaire, mais un casier judiciaire particulier, qui, dans tous les Etats où il existe, rend à la justice les plus grands services et n'occasionne aucun des inconvénients que l'honorable M. de Gavardie vient d'indiquer à cette tribune...

M. DE GAVARDIE. Vous êtes un peu naïf!

M. LE RAPPORTEUR. Nous avons vu le fonctionnement de ce répertoire des aliénés en Angleterre, où il rend à la justice les services dont je parlais tout à l'heure. L'aliénation mentale est une maladie très sujette aux rechutes et qui se trouve souvent intimement liée avec des crimes. Il arrive très fréquemment, quand on doute de la nature de l'état mental d'un prévenu, qu'on cherche à connaître ses antécédents...

M. DE GAVARDIE. Ses états de service intellectuels!

M. LE PRÉSIDENT. N'interrompez donc pas, monsieur de Gavardie; vous parlez assez souvent.

M. LE RAPPORTEUR..... Oui, monsieur de Gavardie, ses états de service au point de vue mental. La magistrature est parfois à ce sujet dans un grand embarras et, en France, ce sont les magistrats, ceux notamment du parquet de la Seine et d'autres grandes villes qui ont plusieurs fois réclamé ce rouage qui existe en Angleterre.

Je dois dire que ce répertoire est secret et que les fiches sont détruites. Comme on suit les aliénés qui forment une partie de la population placée sous l'œil de la police, il se fait un travail sur les fiches tous les ans pour leur destruction, et ainsi les familles ne sont pas à jamais marquées sur ces papiers qui pourraient, si on les conservait, devenir des moyens de porter atteinte aux familles.

Voici, messieurs, ce qui a été dit en peu de mots sur ce casier dans le rapport. Malheureusement, on l'a dit avec raison, le rapport est très volumineux ; c'est un inconvénient qui fait que beaucoup de ses parties ne sont pas connues: « On ne conteste pas, dit le rapport, la grande utilité en raison de l'extrême fréquence des rechutes de la folie et en particulier des formes de folie les plus dangereuses d'une mesure qui serait pour les aliénés ce que le casier judiciaire est pour les condamnés en justice. La seule différence consiste en ce que le répertoire des aliénés devra être un casier secret, tenu à la disposition de la justice et de l'administration seules, » — l'administration l'a sous la main, mais ne l'emploie qu'avec une réserve extrême. — « C'est un complément nécessaire des dispositions nouvelles concernant les aliénés dits criminels. » « Si le travail qu'exige l'exécution de cette mesure, etc. » C'est, on peut le dire, un travail facile et très simple

qui sera fait par le médecin inspecteur et transmis à Paris. Comme cela se fait à Londres, un seul fonctionnaire peut l'avoir entre les mains, et il est consulté ensuite par la justice, quand il y a lieu.

M. LE PRÉSIDENT. Mais, monsieur le Rapporteur, je crois que vous êtes dans l'erreur! Je vois que dans le paragraphe dernier on a supprimé ces mots : « ....d'examiner les rapports des commissions permanentes des départements ; de constituer, à l'aide de ces documents, un répertoire général des aliénés... »

M. LE RAPPORTEUR. Je ne suis monté à la tribune qu'à cause des alarmes que pourraient concevoir les personnes qui n'auraient pas examiné cette partie de la loi. Dans le texte que le Sénat va voter, il ne s'agit pas de répertoire des aliénés. Les explications que M. le ministre a bien voulu donner sur la commission qui sera chargée de faire, avec les documents du ministère, le répertoire font que votre commission du Sénat a consenti à supprimer le paragraphe. Je n'ai parlé de ce point, je le répète, qu'à cause des impressions qui auraient dû en résulter.

M. DE GAVARDIE. Cette commission aura-t-elle communication des dossiers?

M. DE RAPPORTEUR. Le comité supérieur pourra en avoir communication.

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur de Gavardie, vous demandez la suppression de l'article?

M. DE GAVARDIE. Oui, monsieur le président, de l'article tout entier.

M. LE PRÉSIDENT. Personne ne demande plus la parole sur l'article 15... ? Je le mets aux voix. (L'article 15 est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Nous devons revenir au paragraphe 5 de l'article 4 et au paragraphe 3 de l'article 6, qui avaient été réservés jusqu'au vote sur l'article 15. Monsieur le Rapporteur, voulez-vous donner au Sénat quelques explications?

M. LE RAPPORTEUR. Messieurs, c'est à l'occasion de la partie de l'amendement de M. Combes, qui était relatif au concours, que nous avons dit que cette question serait réservée. Elle nous ramenait à l'article 6 ; mais la rédaction de cet article...

M. DELSOL. Le conseil supérieur était visé à l'article 4 ; ce conseil est voté ; par conséquent, il y a lieu de maintenir le paragraphe réservé de l'article 4.

M. LE PRÉSIDENT. Le paragraphe 5 de l'article 4 a été réservé jusqu'après le vote de l'article 15.

M. DELSOL. Je fais observer, monsieur le président, que le paragraphe en question visait l'avis du conseil supérieur des aliénés. Or, ce conseil supérieur étant voté maintenant par le Sénat, il y a lieu de maintenir ce paragraphe tel qu'il est rédigé.

M. le Président. Je vais alors donner lecture du paragraphe 5, qui avait été réservé jusqu'après le vote de l'article 15. Il est conçu en ces termes : « Toutefois, le ministre peut, après avoir pris l'avis du conseil supérieur des aliénés institué en vertu de l'article 15 ci-après, ordonner la disjonction des fonctions de médecin en chef et de directeur d'un asile public, ainsi que celles de médecin en chef et de préposé responsable d'un quartier d'hospice. » Je le mets aux voix. (Le paragraphe est adopté.)

M. le Président. Je mets aux voix l'ensemble de l'article 4. (L'article 4 est adopté.)

M. le Président. Nous arrivons à l'article 6, dont le paragraphe 3 a été réservé.

M. le Rapporteur. Le paragraphe réservé est celui-ci : « Les médecins en chef sont nommés sur une liste de présentation dressée par le comité supérieur des aliénés. Les candidats inscrits sur cette liste sont pris, pour les trois quarts, soit parmi les médecins secrétaires des commissions permanentes instituées en vertu de l'article 11 ci-après, soit parmi les médecins adjoints. »

Le changement obligé est celui-ci ; au lieu « des médecins secrétaires des commissions permanentes, il faut mettre : les médecins inspecteurs des aliénés ». Nous avons à donner ensuite satisfaction à l'honorable M. Combes, pour le paragraphe de son amendement, accepté par le Gouvernement et par la commission, et relatif au concours pour les fonctions de médecin inspecteur des aliénés. Cette satisfaction était pleinement donnée dans le texte de l'article 11 de la commission, où se trouve un paragraphe relatif au concours et ainsi conçu :

« Un docteur en médecine, nommé par le ministre de l'intérieur sur une liste de présentation dressée par le comité supérieur des aliénés et comprenant des candidats pris, pour les trois quarts, parmi ceux qui ont subi le concours public mentionné à l'article 6 ci-dessus. Ce paragraphe, ou du moins une disposition relative au concours, aurait dû être reproduite dans l'amendement de M. Bardoux, pour que cet amendement contienne toutes les parties de notre article 11 dont le maintien a été décidé d'accord avec le Gouvernement. Il y a là une omission à réparer. Elle aurait dû l'être dans l'article de M. Bardoux, que le Sénat a déjà voté à l'article 11 ; mais, comme l'autre partie de l'amendement, c'est-à-dire l'article 12, à été réservé, le complément dont il s'agit n'est lui-même qu'un complément de l'article 11.

Je pense que M. Bardoux s'associera à la pensée que j'exprime ici au nom de la commission, et que M. Combes, ainsi que les auteurs de l'amendement, y trouveront satisfaction. Nous ne pouvons, en effet, ni revenir sur le vote de l'article 11, ni chercher à en modifier la rédaction à la tribune. (Très bien !)

M. LE PRÉSIDENT. Ainsi, d'une part, vous modifiez le paragraphe 3 pour le rendre conforme aux dispositions qui viennent d'être votées, et vous demandez la suppression des secrétaires des commissions permanentes, puisqu'il n'y a plus de commissions permanentes. Mais il me semble que vous devez aussi demander la suppression des mots « et des médecins adjoints », puisqu'il n'y en a plus?

Au banc de la commission. Mais si.

M. RIGAL, *membre de la commission.* Les médecins adjoints existent toujours.

M. LE RAPPORTEUR. Oui, ils existent toujours. Il n'y a donc absolument qu'à remplacer ces mots : « les médecins secrétaires des commissions permanentes », par ces mots : « les médecins inspecteurs d'aliénés ».

M. LE PRÉSIDENT. Voici, messieurs, la nouvelle rédaction proposée par la commission. « Les médecins en chef nommés sur une liste de présentation dressée par le comité supérieur des aliénés. Les candidats inscrits sur cette liste sont pris, pour les trois quarts, parmi les médecins inspecteurs institués en vertu de l'article 11 ci-après ou parmi les médecins adjoints. » Je consulte le Sénat sur ce troisième paragraphe. (Ce paragraphe, mis aux voix, est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Quant au changement que le premier paragraphe doit subir, il est réservé sur un autre article. Nous arrivons à l'article 16 : « Art. 16. — Les chefs responsables des établissements publics et privés consacrés aux aliénés ne peuvent recevoir une personne présentée comme atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

« 1° Une demande d'administration contenant le nom, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la forme que de celle dont le placement est réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles

« La demande est écrite et signée par celui qui la forme; elle est visée par le juge de paix, le maire ou le commissaire de police. En cas d'urgence, le visa n'est exigible que dans les quarante-huit heures de l'admission. Si l'auteur de la demande ne sait pas écrire, celle-ci est reçue par le fonctionnaire dont le visa est réclamé, qui en donne acte.

« Si la demande est formée par le tuteur d'un interdit, il doit fournir à l'appui, dans un délai de quinze jours, un extrait du jugement d'interdiction et un extrait de la délibération du conseil de famille pris en vertu de l'article 510 du Code civil;

« 2° Un rapport au procureur de la République sur l'état mental de la personne à placer, signé d'un docteur en médecine. Ce rap-

port doit être circonstancié ; il doit indiquer notamment : la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours ; les symptômes observés et les preuves de folie constatées personnellement par le signataire ; les phases de la maladies ainsi que les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé.

« Ce rapport ne peut être admis s'il a été dressé plus de huit jours avant la remise au chef responsable de l'établissement ; s'il est l'œuvre d'un médecin attaché à l'établissement à un titre quelconque, ou si l'auteur est parent ou allié au second degré inclusivement du chef responsable, ou du propriétaire de l'établissement, ou des médecins qui y sont attachés, ou de la personne qui fait effectuer le placement, ou de la personne à placer.

« En cas d'urgence, l'admission peut avoir lieu sur la présentation d'un rapport médical sommaire ; mais le médecin certificateur doit, dans le délai de deux jours, produire un rapport détaillé, conformément aux dispositions ci-dessus, sous l'une des peines portées à l'article 67 ci-dessus.

« 3° L'acte de naissance ou de mariage de la personne à placer ou toute autre pièce propre à établir l'identité de cette personne. Les pièces qui ne rempliraient pas les conditions ci-dessus prescrites doivent être rectifiées ou complétées dans un délai de quinze jours, sur la demande du directeur de l'établissement ou sur celle de la commission permanente. » Quelqu'un demande-t-il la parole sur l'article 16 ?

M. de Gavardie, *de sa place*. Il me semble, monsieur le président...

M. le Président. Montez à la tribune, je vous prie ; vous avez la parole.

M. de Gavardie, *à la tribune*. Il me semble impossible de statuer sur l'ensemble de cet article-là, tant que le Sénat n'aura pas voté l'article 8 qui est réservé. Si vous n'admettiez pas cette assimilation dans les termes où la commission la pose ; si vous n'admettiez pas, dis-je, cette assimilation, si dangereuse à mon sens, il y a une foule de formalités qui ne trouveraient pas leur application. Il faut donc absolument réserver cet article.

M. le Président. L'observation de M. de Gavardie a quelque chose de fondé. Nous avons, effectivement, réservé le paragraphe 3 de l'article 8 ; ce paragraphe est conçu en ces termes : « Le procureur de la République, après avoir transmis ces pièces au secrétariat de la commission permanente des aliénés et pris l'avis de cette commission, peut, tant qu'il n'aura pas jugé nécessaire de recourir aux moyens de surveillance établis par la présente loi, décider que le tuteur, conjoint ou parent qui fait traiter un aliéné

dans les conditions ci-dessus indiquées est tenu seulement d'envoyer un nouveau rapport médical à des intervalles déterminés et qui ne pourront pas excéder trois mois.

Un sénateur à gauche. Pourquoi ne le discute-t-on pas?

M. LE PRÉSIDENT. Nous pourrions le discuter.

M. TENAILLE-SALIGNY. On peut le discuter immédiatement.

M. LE PRÉSIDENT. Il n'avait été réservé qu'en raison de l'institution du médecin inspecteur. Nous avons voté cette institution. Donc, si personne ne demande la parole, je vais mettre aux voix ce paragraphe et nous en aurions ainsi fini avec l'article 8, sauf à donner la parole sur l'ensemble.

M. DE GAVARDIE. J'avais réservé mon droit.

M. LE PRÉSIDENT. Soyez tranquille, vous n'avez pas besoin de le réserver, je vous l'accorde.

M. DE GAVARDIE. Je vous remercie, monsieur le président.

M. LE PRÉSIDENT. Je consulte le Sénat sur l'ensemble. Ce paragraphe 3 est une disposition qui est la conséquence de ce que nous avons voté tout à l'heure.

M. DE GAVARDIE. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. Vous avez la parole.

M. DE GAVARDIE. Je vous en supplie, messieurs, que votre patience ne se lasse pas. Vous avez le temps...

Un sénateur à gauche. Ce n'est pas une raison pour le perdre!

M. DE GAVARDIE. Plus j'examine cette loi, plus je l'étudie, plus je la trouve détestable et impraticable. Vous voulez assimiler les maisons particulières, quelque sacrées qu'elles soient, aux asiles publics et aux asiles privés! Mais, messieurs, il faut être, permettez-moi de le dire, complètement étranger à la pratique de la vie, aux notions même les plus élémentaires de la médecine légale, pour adopter un pareil article. S'il y a un traitement par excellence de l'aliénation mentale, c'est — je vais vous citer des faits — le traitement de la famille.

Plusieurs sénateurs à gauche. C'est tout le contraire.

M. DE GAVARDIE. C'est une erreur! C'est ce que nous allons discuter. Remarquez que, quand je parle du traitement de la famille, je ne parle pas seulement du traitement matériel dans l'intérieur de la famille; je parle du traitement qui se fait, sous la surveillance morale, affectueuse, dévouée de la famille, par les soins d'un médecin investi de la confiance de la famille. Voilà le traitement par excellence. Et quand on nous dit que ce n'est pas dans les asiles publics que les abus se sont produits, que c'est dans les asiles privés et dans les maisons particulières, je déclare, moi qui, en définitive, ai quelque expérience de ces matières...

(Exclamations et rires à gauche) — je vais vous le prouver tout à l'heure — je déclare que les abus dont on parle se sont passés dans les asiles publics.

Je voudrais savoir, par exemple, si jamais dans un asile privé, et surtout dans une maison particulière, on a laissé brûler vifs, dans des baignoires, des aliénés ? C'est dans les asiles publics que nous avons vu de malheureux aliénés brûlés vifs. Voilà ce qui se passe dans les asiles publics, pour ne citer qu'un fait.

Certes, je ne veux pas incriminer pour cela la direction des asiles publics ; il y a d'excellents directeurs ; tout ce que je veux dire, c'est qu'il n'y a pas de garantie meilleure, au point de vue des maladies mentales, dans les asiles publics que dans les asiles privés et surtout dans la famille. J'ai souvent eu l'occasion de dire qu'on écrivait singulièrement l'histoire dans notre pays. Mais, messieurs, dans ce moyen âge tant calomnié, où M. le rapporteur vous disait qu'on ne faisait qu'enchaîner les aliénés comme des criminels, savez-vous ce qui se passait ? Je prends, par exemple, l'Espagne au treizième siècle, au quatorzième siècle et au quinzième siècle. On y traitait les aliénés à la campagne, on leur imposait le travail, restaurateur de l'intelligence au suprême degré...

M. le Rapporteur. Je les y ai vus enchaînés, dans des cabanons, en 1848.

M. de Gavardie. Je croyais que vous les aviez vus enchaînés au treizième siècle. (On rit.)

M. le Rapporteur. Je parle de 1848 ; c'est encore plus fort.

M. le Président. Permettez-moi, monsieur de Gavardie, de vous faire une simple observation. Pour le moment, vous ne devriez discuter que le paragraphe 3 de l'article ; mais, comme je sais que vous deviez parler sur l'ensemble, il est bien entendu qu'en ce moment vous voulez faire d'une pierre deux coups : vous parlez et sur le paragraphe 3 et sur l'ensemble de l'article.

M. de Gavardie. Parfaitement, monsieur le président ; je parle contre l'article tout entier, parce que cet article tout entier est détestable.

M. le Rapporteur. C'est la loi de 1838, article 8.

M. le Président. N'interrompez pas, monsieur le Rapporteur.

M. de Gavardie. La loi de 1838, dites-vous ? Comment ! Il y a dans la loi de 1838... — mais c'est à vous faire bondir au-dessus de la tribune (Hilarité) — il y a, dans la loi de 1838, cette assimilation de la maison particulière à l'asile public ? Mais où avez-vous vu cela ? D'ailleurs, vous avez déclaré vous-même que c'était une innovation, et M. le ministre de l'intérieur — M. le commissaire du Gouvernement est là pour attester la même

chose — M. le ministre de l'intérieur a dit que c'était la principale innovation de la loi. Eh bien, je dis, moi, que cette innovation est dangereuse au suprême degré.

Dans l'article de M. du Bled, que je citais l'autre jour, il y a cette circonstance bien remarquable dont ont parlé les historiens du temps : lorsqu'on voulait imposer le travail manuel à ce qu'on appelait alors les nobles, on rencontrait de leur part une résistance provenant, vous le savez, de certains préjugés qui n'existaient pas au point qu'on a dit (Exclamations ironiques à gauche), mais qui existaient un peu, surtout en Espagne ; et les historiens remarquent que c'était précisément la catégorie qui guérissait le moins, tandis que les indigents qui acceptaient ce travail réparateur étaient précisément ceux qui guérissaient le mieux et le plus vite. Or, dans vos asiles publics, vous ne pouvez pas avoir le travail agricole ou, du moins, vous ne pouvez l'avoir qu'au prix de dépenses infinies.

M. SEBLINE. C'est une erreur absolue.

M. TESTELIN. Attendez, je ne suis pas au bout. On me dit : C'est une erreur. Je ne dis pas que dans tous les asiles publics il n'y ait un certain travail...

Un sénateur à gauche. Travail agricole !

M. DE GAVARDIE... Oui, on cultive des fleurs...

M. LE RAPPORTEUR. Le travail est un des plus grands moyens de traitement.

M. DE GAVARDIE. On cultive des fleurs... le terrain manque.

M. BOZÉRIAN. Pas partout.

M. DE GAVARDIE. Voici, d'ailleurs, ma principale raison. Dans les asiles publics, le traitement religieux sera de plus en plus exclu. Je sais bien que les petits journaux disent : « Ah ! M. de Gavardie a parlé du traitement religieux. Qu'il en use ! » Il y a même de grands journaux qui se permettent ces plaisanteries indécentes. (Exclamations et rires.)

Ils ne connaissent pas le premier mot de ces choses-là. Tenez, un jour, dans une garnison d'Afrique, il y avait une épidémie de démence parmi les soldats. Cela arrive quelquefois dans les casernes, — les militaires savent cela. — Déjà, cette terrible contagion du suicide faisait des ravages. Les médecins, malgré tout leur dévouement et toute leur habileté, étaient dans l'impuissance.

Le général Lamoricière inspecte cette caserne. Il avait non seulement des éclairs d'esprit militaire, mais aussi souvent des éclairs d'intelligence... (Hilarité prolongée à gauche) — vous ne laissez pas achever ma phrase, — je voulais dire des éclairs d'intelligence pratique...

M. Paris. Des intervalles lucides.

M. de Gavardie... plus pratique que celle des médecins. Voilà ce que je voulais dire, mais vous ne m'en avez pas donné le temps. Eh bien, le général Lamoricière a une inspiration. Il écrit à Alger : Envoyez-moi des sœurs de charité. Les sœurs de charité arrivent, colombes blanches... (Nouveaux rires à gauche.) — Mon Dieu! vous ne comprenez même pas cette allusion aux livres bibliques que vous ne lisez pas — colombes blanches portant le rameau d'espérance et de salut. Cela n'est pas risible, et vous allez le voir. A peine les soldats — il y a peut-être ici certains de mes amis de la droite qui ont entendu le général Lamoricière raconter cette histoire avec sa verve étincelante — à peine ces pauvres soldats avaient-ils vu les cornettes blanches, qu'ils étaient guéris. (Exclamations et rires sur les mêmes bancs.) Là où la science de vos médecins aliénistes est impuissante, la religion seule avait fait ce miracle.

M. le baron Le Guay. C'est pour cela qu'on chasse les sœurs des hôpitaux!

M. de Gavardie. Oui, c'est précisément pour cela qu'on les chasse des hôpitaux.

Si je pouvais parler du conseil municipal de Paris... (Hilarité.)

Messieurs, je vous en supplie, n'entrez pas dans ces innovations téméraires. Le traitement dans la famille ou sous l'influence de la famille n'est-il pas supérieur à tout autre? Est-ce que, dans beaucoup de cas, ce ne sont pas des organisations blessées dans leur sensibilité même et qui auraient besoin du visage doux et charmant des femmes? Les malheureux aliénés rencontreront les figures bestiales des gardiens!

Et puis, vous ne savez donc pas que, lorsqu'on met les aliénés en contact les uns avec les autres, il se produit une espèce de contagion, et que l'aliéné devient de plus en plus aliéné; tandis qu'en les isolant dans la famille, sous la protection des soins vigilants d'un médecin qui a sa confiance, tout est concilié, et l'intérêt de l'ordre public, et le secret des familles, et l'intérêt des malades?

Tenez, je parlais tout à l'heure d'un général. Il me vient à l'esprit une comparaison saisissante tirée de l'art militaire. On parle aujourd'hui, vous le savez, de ce qu'on appelle l'ordre dispersé, qu'a rendu nécessaire dans les armées le tir plus juste et plus prolongé de l'artillerie. Eh bien, dans les asiles d'aliénés, il y a des troupeaux, des armées d'aliénés qui ne peuvent pas avoir l'ordre dispersé; l'aliénation sévit sur eux comme l'artillerie sévissait autrefois sur les rangs compacts. Voilà, messieurs, la vérité pour ceux qui connaissent un peu la question.

M. Testelin. Il y en a si peu qui la connaissent.

M. de Gavardie. Mais oui, il y en a très peu; il n'est pas néces-

saire d'avoir étudié dans les livres — les livres n'apprennent absolument rien.

Un sénateur à gauche. Au contraire!

M. DE GAVARDIE. Vous trouverez dans les livres quel est le caractère général des maladies mentales; le caractère, on ne peut pas le définir; il est protéiforme — le mot est bien fait, et les médecins n'en ont pas toujours d'aussi bons que celui-là. Et puis, il y a tant de catégories de maladies mentales : il y a le délire de la persécution, le délire des grandeurs, etc... Mon Dieu! on n'a pas besoin de lire les livres de médecine. Tous les ministres, excepté ceux qui, comme M. le ministre de l'intérieur, ont voulu donner leur démission, ont le délire des grandeurs. Eh bien, messieurs, tout cela n'est pas sérieux...

Voix nombreuses. Oh! non.

M. DE GAVARDIE. Les médecins aliénistes qui vont dans les asiles publics voient leur science absolument impuissante. Ce n'est pas dans les asiles publics qu'ont lieu, toute proportion gardée, les cas de guérison les plus nombreux; c'est dans les asiles privés, et surtout dans l'asile de la famille. Je vous demande donc de voter contre l'article tout entier.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix le 3e paragraphe.

(Le 3e paragraphe est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'ensemble de l'article 8.

(L'article 8 est adopté.) *(A suivre.)*

BIBLIOGRAPHIE

I. *Etude médico-légale sur l'alcoolisme;* par V. VÉTAULT. Thèse. Paris, 1887.

Le but de cette thèse très remarquable est d'examiner au point de vue criminel les conditions de la responsabilité chez les alcoolisés. Quoique l'abus des boissons fermentées remonte très loin dans l'histoire des peuples, en raison des progrès véritablement effrayants de l'alcoolisme et de l'introduction chaque jour nouvelle d'alcools toxiques dans la consommation, c'est là une question encore d'actualité. Les travaux publiés tout récemment sur ce sujet à divers autres points de vue en font foi.

Les rapports qu'affecte la criminalité avec l'alcoolisme ne sont plus à démontrer, mais les conséquences qu'entraînent au point de vue médico-légal les actes de violence commis dans ces conditions sont d'une appréciation très délicate, et qu'on ne saurait assez préciser en raison de leur intérêt de premier ordre. Aussi convient-il de féliciter M. Vétault de n'avoir pas hésité à aborder cette tâche, en cherchant à éclairer la voie du médecin légiste dans ces cas malaisés.

C'est sur un nombre assez considérable d'observations choisies et groupées avec ordre que l'auteur s'appuie pour formuler ses conclusions. On ne peut, il est vrai, poser en la matière aucune règle fixe et absolue; mais, en tenant compte des restrictions que comportent les faits particuliers, on peut néanmoins établir les données suivantes : la responsabilité est nulle toutes les fois que le crime appartient à la période délirante aiguë ou subaiguë d'un accès d'alcoolisme. La responsabilité est nulle encore lorsque le crime a été commis par un homme atteint d'alcoolisme chronique, chez lequel des lésions cérébrales définitives ont compromis l'intégrité de l'organe, et déterminé le trouble de la fonction. La responsabilité peut être atténuée chez les individus faibles d'intelligence chez lesquels la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par les conditions d'infériorité de leur organisation cérébrale. Elle ne saurait disparaître tout entière, surtout lorsque ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger pour eux-mêmes. Et ce cas se rencontre plus souvent qu'on ne pense. La responsabilité peut être atténuée encore lorsqu'il est démontré que l'individu a été involontairement surpris par l'ivresse. Elle existe au contraire tout entière : dans les cas d'ivresse simple qu'il était au pouvoir du délinquant d'éviter; lorsque l'excitation alcoolique a été recherchée pour se donner l'entraînement à commettre un crime ou un délit.

Paul Blocq.

II. *Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés, de l'hospice général de Nantes*, 1886; par le Dr Biaute.

M. le Dr Biante discute dans ce rapport la question de l'admission des enfants, des épileptiques et des vieillards dans les asiles d'aliénés. Il pense que les enfants âgés de moins de quinze ans, imbéciles ou idiots, mais non aliénés, avec ou sans épilepsie, devraient être gardés dans les hospices. Dans les asiles de province, il n'existe pas de quartier spécial pour eux. Ils ne peuvent y être que gardés

et non éduqués. Ils seraient beaucoup mieux dans les hospices où il existe déjà des enfants qui ne sont guère mieux partagés qu'eux sous le rapport cérébral, bien souvent. Ce sont avant tout des infirmes et les infirmes doivent être placés dans les hospices. En outre, dans les asiles, ils ne peuvent que difficilement être séparés des autres aliénés.

Il en est de même pour les vieillards qui tombent dans la démence et dans la gâtisme. De ce qu'ils ont besoin de plus de soins et de surveillance, ce n'est pas une raison pour qu'ils soient séquestrés dans des asiles dans un but de sécurité publique qu'ils seraient bien incapables de troubler.

Quant aux épileptiques, ceux qui sont enfants devraient être comme les idiots gardés et traités dans les quartiers d'hospice. Il en est de même pour les épileptiques adultes qui sont atteints d'infirmité cérébrale, d'affaiblissement intellectuel, qui les met en état de nuire, et en fait des incurables.

Il est du reste impossible, dans le cas particulier de l'asile de Nantes, de recevoir toutes ces catégories d'individus, et il est regrettable que la nouvelle loi ne soit pas encore applicable, car il y aurait alors des établissements spéciaux pour pourvoir à leur placement[1]. P. S.

III. *Procès criminel de la dernière sorcière brûlée à Genève*, publié par le Dr Ladame. (*Bibliothèque diabolique*, tome VI). Aux bureaux du *Progrès médical*, 1888.

Les publications complètes de procès de sorcellerie sont rares et, cependant, il s'y attache un intérêt tout particulier aujourd'hui que tous ces phénomènes que nos pères regardaient comme surnaturels sont rentrés dans le domaine de la pathologie nerveuse et mentale. M. le docteur Ladame (de Genève) a eu l'heureuse idée de publier les pièces originales d'un de ces procès qui eut lieu à Genève en 1652 et dont le résultat fut la condamnation de la sorcière à être pendue, puis brûlée. Cette sorcière n'était d'ailleurs pas autre chose qu'une hystérique avec hémianesthésie droite complète, ainsi que le prouvent les rapports des médecins et chirurgiens qui furent commis pour l'examiner et qui conclurent que c'était bien là le *sigillum diaboli* qui caractérise la présence des démons dans le corps humain. Un seul médecin mit en doute que ce fût une véritable sorcière, considérant que ce stigmate n'était pas exactement semblable à ceux qu'ont d'ordinaire les sorcières, mais son avis ne suffit pas à la sauver. Les interrogatoires enfantins qu'on lui fit subir ne sont pas moins

[1] Nous avons souvent indiqué le remède : c'est la construction d'*Asiles interdépartementaux* pour les enfants idiots, paralytiques et épileptiques. (B).

curieux que les rapports médicaux pour donner une idée de ce que peuvent produire d'absurde les préjugés religieux et plus encore les sciences qui y prennent leur point d'appui. Il est triste de se dire que ce sont des médecins qui étaient les premiers à soutenir de leur autorité de pareilles sottises et faisaient cause commune avec les théologiens et les jurisconsultes pour condamner de malheureux malades.

IV. *Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens, et les zones hystérogènes des muqueuses;* par Lichwitz. Th. Bordeaux 1887.

C'est de Bordeaux que nous vient cette contribution à l'histoire de l'hystérie, faite sous l'inspiration du professeur Pitres. Ce travail comprend deux parties. Dans la première l'auteur traite de l'anesthésie hystérique de quelques muqueuses, encore peu étudiées à ce point de vue, telles que la muqueuse des voies aériennes supérieures, la conjonctive et le tympan, et l'anesthésie de plusieurs organes des sens, goût, odorat, ouïe. Dans la seconde partie il s'occupe des zones hystérogènes de ces muqueuses. Onze observations, à la vérité soigneusement prises, forment la base de ce travail. Peut-être n'est-ce pas suffisant pour affirmer à plus d'une reprise des résultats contradictoires à ceux de la majorité des auteurs. On trouvera néanmoins un certain nombre de faits intéressants et capables de provoquer de nouvelles recherches. Telles sont, par exemple, les conclusions de l'auteur à propos des rapports entre l'anesthésie tympanique et l'orientation auditive, rapports qu'il nie, contrairement à M. Gellé. L'étude de la sensibilité galvanique est bien faite et conduit à conclure que la diminution de cette sensibilité n'a aucun rapport avec celle des autres maladies de la sensibilité.

Quant aux zones hystérogènes des muqueuses, elles paraissent très fréquentes puisque sur onze cas l'auteur trouve six malades en présentant. La plus fréquente serait niveau de la muqueuse nasale où il les a rencontrées six fois. Il en a même observé sur la cornée, la conjonctive et le conduit lacrymal inférieur. Ces zones sont ordinairement symétriques. L'auteur leur attache une grande valeur diagnostique, mais il va un peu loin lorsqu'il leur en donne une plus considérable qu'aux zones extérieures et prétend qu'elles sont plus faciles à découvrir. En somme, travail intéressant et consciencieux renfermant beaucoup de points bien étudiés, mais où l'absence d'un assez grand nombre de cas de même nature n'a pas permis à l'auteur de tirer des conclusions assez probantes et assez générales. P. S.

VARIA

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE :

MOUVEMENT DE LA POPULATION EN 1887

I. *Asile Sainte-Anne.* — 1° *Service de l'admission :* Les malades présents au 1er janvier étaient au nombre de 169 (87 H., 82 F.). Entrés directement pendant l'année, 3,453 (1,974 H., 1,479 F.). Venus de la Clinique, 109 (58 H., 51 F.). Total des malades traités : 3,721 (2,109 H. et 1,612 F.). Les causes des sorties sont les suivantes : Guérisons, 14 H., 17 F. — Améliorations : 33 H., 28 F. — Décès : 59 H., 49 F. — Transfert dans les asiles de la Seine, 1,827 H., 1,352 F. — Transfert dans les départements et à l'étranger, 10 H., 22 F. — Changement de service, 95 H., 62 F. — Evasions, 3 H., 1 F. — Reste au 31 décembre, 149 malades (68 H., 81 F.). — 2° *Asile proprement dit :* Les malades présents au 1er janvier étaient au nombre de 638 (321 H. et 317 F.); 229 malades (196 H., 133 F) sont entrés du 1er janvier au 31 décembre 1887. 343 sont sortis (207 H., 136 F.). Les causes des sorties sont les suivantes : Guérisons, 37 H., 3 F. — Améliorations, 56 H., 60 F. — Décès, 78 H., 38 F. — Transfert dans les asiles de la Seine, 26 H., 32 F. — Transfert dans les départements, 5 H., 3 F. — Evasions, 5 H. Reste au 31 décembre 624 malades (310 H., 314 F. et 4 lits vacants). — 3° *Clinique :* Malades présents au 1er janvier 1887. 152 (101 H., 51 F.). — Entrées du 1er janvier au 31 décembre, 265 (170 H. 95 F.) — Les causes des sorties sont les suivantes : Guérisons, 40 (29 H., 11 F.).— Améliorations, 52 (37 H., 15 F.) — Décès 42 (29 H., 13 F.). — Transfert dans les asiles de la Seine, 15 (12 H., 3 F). — Transfert dans les départements, 10 (6 H., 4 F.).— Changement de service, 109 (58 H., 51 F.). — Reste au 31 décembre, 148 malades (99 H., 49 F.). — Lits vacants, 11.

II. *Asile de Vaucluse.* — Les malades présents au 1er janvier 1887 étaient au nombre de 860 (385 H., 365 F., 110 idiots à la colonie). — 694 malades sont entrés depuis le 1er janvier 1887 (247 H., 379 F., et 68 idiots). Les causes des sorties sont : Guérison, 103 (53 H., 49 F., 1 idiot). — Améliorations, 126 (58 H., 58 F., 10 idiots). — Décès, 185 (97 H., 86 F., 21 idiots). — Transferts collectifs, 203 (25 H., 157 F., 21 idiots). — Dans les départements, 42 (24 H., 9 F., 9 idiots). — Evasions, 33 (20 H., 4 F.,

9 idiots). — Autres causes, 61 (20 H., 26 F., 15 idiots). — Reste au 31 décembre 1887, 801 lits (335 H., 355 F., 111 idiots). — Travailleurs, 295 (136 H., 159 F.).

III. *Asile de Ville-Evrard.* — 1° *Asile* : Malades présents au 1er janvier 1887, 931 (582 H., 349 F.). — Entrées au 1er janvier au 31 décembre, 745 (388 H., 357 F.). — Causes de sorties : Guérisons 77 (66 H., 11 F.). — Améliorations, 179 (110 H., 69 F.). — Décès, 288 (204 H., 84 F.). — Transferts, 221 (76 H., 145 F.). — Autres causes, 14 (10 H., 4 F.). — Evasions, 32 (31 H., 1 F.). Reste au 31 décembre, 865 malades (473 H., 392 F.). — Lits vacants, (109 d'hommes, 37 femmes couchent sur des lits supplémentaires; — 2° *Pensionnat* : Malades présents au 1er janvier 1887 : 195 (82 H., 113 F.).— Entrées du 1er janvier au 31 décembre 1887 : 97 malades, (56 H., 41 F.). — Causes de sorties : Guérisons, 5 (2 H., 3 F.) — Améliorations, 44 (22 H., 22 F.). — Décès, 36 (21 H., 15 F.) — Transferts, 8 (5 H., 4 F.). — Autres causes, 17 (11 H., 6 F.). — Evasions, 1 homme. — Reste au 31 décembre 1887 : 181 malades (76 H., 105 F.). — Pas de lits vacants.

IV. *Asile de Villejuif.* — Malades présents au 1er janvier 1887, 509 (114 H., 315 F.). — Entrées du 1er janvier au 31 décembre, 1887 : 1,457 (949 H., 508 F.). — Sorties en liberté, 424 (310 H., 114 F.). — Décès, 367 (249 H., 118 F.). — Transferts, 168 (74 H., 94 F.). — Fvasions, 25 (20 H., 5 F.). — Reste au 31 décembre, 982 malades (410 H., 572 F.). — Lits vacants, 160.

La colonie d'épileptiques de Bielefeld; Ecole de garde-malades

Dans le *Medical Record* du 23 avril 1887, le Dr Frederick Peterson, médecin d'Hudson River-State hospital, nous donne les renseignements suivants sur la colonie de Bielefeld en Westphalie, qu'il vient de visiter, il y a peu de temps. Cet établissement a été fondé, il y a environ vingt ans, par le pasteur luthérien von Bodelschwingh, qui acheta une ferme, et avec quatre épileptiques installa cette colonie. Ce petit noyau s'accrut de plus en plus, et actuellement les malades sont au nombre de 845, et on compte plus de soixante maisons sur la ferme. Le fondateur avait longuement considéré la triste situation de ces malheureux qui sont ordinairement à charge à leur famille. Les écoles publiques leur sont fermées; nul ne veut les employer soit comme ouvrier, soit comme apprenti. Souvent, ces infortunés sont privés du commerce avec leurs camarades, à cause de la nature de leur maladie et ils ne trouvent asile que dans les établissements destinés aux idiots et aux aliénés. Le fondateur crut pouvoir créer un refuge où ces malades seraient soignés et guéris s'il était possible, et où, sinon, il trouveraient un *home*, où enfin ils pour-

raient apprendre un métier et être instruits, afin de devenir des individus travailleurs et utiles à la société.

Le visiteur est tout de suite saisi de l'air de prospérité et de bonheur qui règne parmi les habitants de cette colonie d'épileptiques. Depuis sa fondation, plus de 2,000 malades y ont été soignés; plus de 150 ont été guéris, et plus de 450 sont partis améliorés.

Le travail améliore les conditions physiques et intellectuelles des épileptiques, et les incurables sont munis d'un métier, qu'ils peuvent continuer à exercer ailleurs. Une école où l'on enseigne toutes les branches de la science, fournit l'instruction à environ 150 enfants des deux sexes. La laiterie et la ferme occupent un grand nombre de malades, surtout pour la récolte des graines de végétaux et de fleurs. On a construit des ateliers pour les charpentiers, les ébénistes, les peintres et vernisseurs, les imprimeurs, les relieurs, les forgerons, les fondeurs, les tailleurs et, de plus, une épicerie, une pharmacie, un dépôt de graines et de livres. Les charpentiers aident dans la construction et l'aménagement des maisons nouvelles. Les livres sont imprimés, reliés et vendus par la colonie; ce sont surtout des livres d'instruction religieuse et morale. Les plans de nouvelles constructions sont faits dans l'atelier des architectes. Des chromos et des photographies religieuses et patriotiques sont produites par l'établissement. Les enluminures des lettres, la coloration de tableaux peints, sont d'un travail très perfectionné. La buanderie, la cuisine, les ateliers de couture et de tailleur et les travaux de fantaisie occupent beaucoup de malades.

On distribue par an environ 20,000 onces de bromure de potassium aux épileptiques qui ne peuvent payer le médicament, et qui en font la demande; d'autres fois, cette substance est vendue par paquets de 20 grammes à ceux qui paient, au prix de revient de la vente en gros. Dernièrement, un office a été établi pour la collection et la vente d'objets de musée, tels que : antiquités, articles concernant l'ethnographie et l'histoire, autographes d'hommes illustres, médailles, estampes, bronzes, pierres précieuses, gravures, etc..., spécimens de collections d'animaux, de végétaux et de minéraux. On voit combien d'efforts ont été faits pour multiplier et varier les métiers des membres de la colonie. Pour les hommes seulement, on en compte actuellement trente différents.

En cas d'accès, chaque boutique et chaque école possède un matelas ou un lit, à portée de la main. Plusieurs médecins de la ville de Bielefeld visitent l'institution et surveillent le traitement médical.

L'établissement tout entier est construit sur le plan d'un « cottage ». Les maisons diffèrent entre elles par l'architecture et la

position ; elles sont bien séparées par de grands jardins, comme dans certaines campagnes.

Une partie qui n'est pas la moins intéressante de la colonie, c'est l'*école préparatoire de garde-malades*, qui existe depuis longtemps. Là sont instruits avec soin des hommes et des femmes, ordinairement des classes élevées de la société allemande, qui se vouent aux œuvres de charité, et qui sont spécialement éduqués pour soigner les aliénés. La plupart des asiles d'Allemagne sont entièrement desservis par des personnes venant de cette institution; ils subissent cinq années de préparation. L'établissement tout entier avec les malades et les différents employés compte 1,500 habitants. Ce chiffre augmente sans cesse ; les malades arrivent des différentes parties de l'Europe et des divers Etats de l'Allemagne.

Il résulte de l'expérience faite pendant nombre d'années que l'on a adopté le plan général de traitement suivant : 1° travail intellectuel et physique ; il agit très bien ; le meilleur est celui fait au grand air ; — 2° la nourriture doit être simple, pas trop abondante et un peu acide ; les liqueurs alooliques sont évitées. Le café et le thé doivent être faibles et mêlés avec beaucoup de lait. (On permet de fumer modérément). Un bon régime lacté est préférable à la viande et à la soupe. Le souper doit être léger et fait de bonne heure ; — 3° des douches froides en pluie, graduellement prolongés, et des épongeades froides sont d'un excellent effet; — 4° *médicaments* : le médicament produisant le meilleur effet est, dit l'auteur, le bromure de potassium ; il peut être pris pendant plusieurs années sans occasionner des troubles de l'estomac. D'après lui, il guérit quelques cas, diminue la fréquence des accès dans d'autres, apaise les nerfs, prévient souvent l'imbécillité, et quelquefois raffermit les facultés intellectuelles, spécialement la mémoire (?). Dans la colonie, on se sert d'une solution à 10 p. 100, dont on donne trois cuillerées à bouche par jour, pendant la première semaine, quatre pendant la seconde, cinq la troisième, et ainsi de suite jusqu'à huit par jour. L'assoupissement, la pesanteur de tête, les éruptions indiquent la nécessité de diminuer la dose pendant quelque temps. Cette quantité est pour les individus âgés de plus de seize ans. De dix à seize, on commence par trois cuillerées à bouche et on ne dépasse pas six. Avant dix ans, la dose est de deux à quatre ou cinq cuillerées. Le médicament est continué encore pendant huit ou neuf mois après la cessation des accidents, en diminuant peu à peu la dose.

Il y a une dépendance de la colonie, où sont placés les épileptiques avec folie douce ou périodique, tandis que les cas les plus graves sont placés dans des asiles d'aliénés.

D'autres colonies construites sur ce modèle ont été créées récemment dans plusieurs provinces de Prusse, dans la Saxe, dans le

Würtemberg, en Suisse, en Hollande. Le Dr Peterson exprime, en terminant, le vœu qu'on établisse aux Etats-Unis des colonies semblables, afin de donner asile aux 100,000 épileptiques qu'on y compte, au lieu de les enfermer dans les asiles d'aliénés. Nous ne pouvons aussi que nous associer à ce vœu pour la construction en France de tels établissements. où les épileptiques seront mieux soignés, et où on pourra utiliser les facultés et le travail dont ils sont capables, tout en leur laissant une certaine liberté, qu'on ne peut accorder aux aliénés, au milieu desquels ils sont confinés dans notre pays. A. Raoult.

Quelques idées sur la construction et l'organisation des hôpitaux d'aliénés; par Sanger-Brown, ancien médecin assistant à l'asile de Bloomingdale. (New-York.)

Je ne me propose pas de discuter en détail l'organisation et la construction d'un hôpital, mais simplement d'appeler l'attention sur certains défauts existant dans les deux services, et qui, je pense, ont besoin d'être étudiés avec soin par les personnes qui s'intéressent au traitement et aux soins à donner aux aliénés. Mes observations s'appliquent pour la plupart aux hôpitaux principalement destinés aux cas récents de folie, et où un grand nombre de cas incurables ne doivent pas s'accumuler. Mais avec quelques modifications, elles s'appliquent également à tous les hôpitaux et asiles d'aliénés. Depuis dix à quinze ans, il s'est fait en Amérique une véritable révolution dans le traitement des aliénés. Et tandis que dans les révolutions, apparaissent souvent des doctrines et des actions erronnées, on est ici d'accord sur le réel progrès qui a été fait.

Quand les malades ont été bien classés et subdivisés, et qu'ils sont sous la surveillance d'infirmiers compétents et bien disciplinés, on s'aperçoit qu'il se produit rarement des cas intraitables. Après quelques semaines de traitement, ils se conforment à la routine et aux exigences hospitalières avec plus ou moins de facilité. Mais, si une surveillance constante et soigneuse d'infirmiers compétents est de la plus haute importance dans le traitement des aliénés, cette surveillance, dis-je, est d'un accomplissement très difficile. Diverses causes démoralisantes sont plus graves; des accidents arrivent plus souvent parmi les malades, pendant que se fait le service de la maison. En effet, avec le système actuel, les malades doivent souffrir plus ou moins, étant abandonnés à eux-mêmes, pendant que l'attention des infirmiers est occupée a la garde de l'établissement. Les manifestations de la maladie ne se peuvent conformer aux règles de l'hospice, et ces règles sont indispensables pour les soins de la maison.

Le service de l'asile et les soins à donner aux malades sont

deux facteurs invariables à considérer dans l'organisation d'un hôpital. Le travail de l'hospice peut bien être fait par des individus d'une culture intellectuelle et morale comparativement inférieure à celle qu'on doit attendre d'un infirmier qui a été longtemps et avec soin instruit à cet effet. Avec le système d'organisation actuelle, les deux travaux sont effectués par les mêmes personnes, qui trop souvent sont loin sous le double rapport moral et intellectuel de ce que l'on désire d'un infirmier. En séparant les deux genres d'ouvrage, on pourrait arriver à un résultat meilleur et plus économique. Il se formerait une classe plus relevée d'infirmiers, qui seuls seraient employés à la surveillance constante des malades ; tandis que le gros ouvrage serait fait par des serviteurs ordinaires; et cette dernière classe ne serait pas en contact incessant avec les aliénés [1].

Avec quelques modifications peu importantes d'architecture, le type des hôpitaux actuels est construit sur un plan adopté il y y a trente ans, lorsque les idées et les méthodes de traitement et de direction étaient très différentes de celles actuellement en vogue. Et si les édifices actuels prouvent de la part des architectes un grand crédit de la part des corps législatifs une grande libéralité, on doit penser, qu'on peut demander actuellement des réformes plus modernes pour le traitement des aliénés.

Ainsi, pour l'organisation, le seul changement que je désire voir produire, consiste dans l'emploi d'une classe plus élevée d'individus, spécialement instruite, en vue d'obtenir des infirmiers plus perfectionnés, et dans celle d'une classe inférieure, destinée au gros ouvrage de la maison. Il serait encore utile de construire des chambres de jour pour les malades, pendant que se fait le nettoyage des chambres à coucher et des corridors. Il est à peine besoin de montrer combien l'existence des chambres s'accorde avec les meilleures conditions hygiéniques. Il serait encore désirable de voir établir des salles à manger contiguës aux cuisines. De cette façon, la nourriture pourrait être servie sous une forme plus appétissante ; une moins grande quantité en serait perdue, et les malades seraient surveillés plus attentivement pendant le repas. Celui-ci pris dans un hall spécial apportera trois fois par jour un changement à la monotonie de la vie de l'hôpital. Comme il est nécessaire de diviser les malades par catégories pendant le repas, comme pendant le reste du temps, on ne peut approuver l'établissement d'un seul réfectoire commun, mais le groupement d'un certain nombre de salles, permettant la classification adoptée dans les différents quartiers. Pour les quelques malades, qui, pour des raisons différentes, ne peuvent aller dans les réfectoires, et

[1] C'est là une distinction sur laquelle nous appelons l'attention depuis une dizaine d'années. (B.)

qui seraient obligés de rester sans cesse à l'infirmerie ou dans les cellules, la nourriture peut être apportée de la cuisine par une voie souterraine. Cette même voie serait utilisée pour le passage des malades pour aller et venir du réfectoire lors du mauvais temps.

Enfin, il est nécessaire d'établir des cellules séparées pour le traitement des malades dangereux et mutins, en plus grand nombre que d'ordinaire, afin de pouvoir isoler temporairement les malades plus excités que leurs compagnons. Un grand nombre de guérisons sont obtenues au moyen de ces cellules; il faut donc que les malades soient soustraits, le plus possible, à toute influence qui pourrait retarder cette guérison. Il se présente souvent, dans les quartiers d'aliénés, que la plupart des malades sont troublés le jour et tenus éveillés la nuit par un ou deux d'entre eux qui sont turbulents. Un certain nombre de cellules d'isolement est donc nécessaire pour de tels malades, cette question a été déjà élucidée, afin d'obtenir que les malades les plus tranquilles ne soient pas troublés ou tenus éveillés, de même que pour obtenir le plus grand calme pour les malades turbulents. L'importance de cette question donnera toujours de grandes difficultés à un médecin consciencieux, mais pour le plus grand bien du plus grand nombre; il trouvera qu'il est de son devoir de proscrire ce qu'il peut considérer comme un danger pour un malade, lorsque c'est pour le bénéfice des autres.

Un plan joint à cette étude montre quelles transformations peuvent être effectuées. Ni les dimensions des dortoirs ni l'agencement des différentes salles n'ont été considérés comme étant nécessaire à la présente étude. On remarquera toutefois qu'il est utile de donner à chaque malade huit cents pieds cubes d'air dans les salles du jour et les dortoirs.

On objectera que la dépense d'un tel hôpital serait plus considérable que celle d'un des établissements généralement adoptés; je répondrais à ceci, que cette différence ne serait pas grande, et pourrait être contrebalancée et au delà par les économies de l'administration. En effet, l'absence des réfectoires dans les quartiers produirait une grande économie d'hommes de peine, de domestiques, de paneteries, etc., aussi bien qu'une économie de travail et de nourriture. Si l'avantage pour les malades peut être aussi grand que je le pense, le nombre des guérisons s'accroîtra, et le nombre des malades furieux et turbulents diminuera; pour cela, il est désirable d'atteindre la perfection au point de vue humanitaire et économique. (*The Journal of mental science*. London, avril 1887, p. 54.) A. Raoult.

CORRESPONDANCE

GUÉRISON DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

Nous avons reçu de M. Catsaras la lettre suivante :

« Mon très cher et savant confrère,

« A la fin de mon travail : « *De la curabilité de la sclérose en plaques* », qui a paru dans les *Archives de Neurologie*, n° 28, 1885, j'ai mis le post-scriptum suivant :

« Si la guérison de notre malade se démentait plus tard, chose « que nous ne croyons pas, nous nous empresserons de le publier. »

« Je suis bien heureux de vous annoncer qu'aucun des symptômes qui ont figuré au tableau clinique si net et si saillant du malade, à savoir : les vertiges, le tremblement pendant les mouvements intentionnels, le nystagmus, les paralysies associées des yeux, paralysie de la convergence, l'insuffisance des droits internes, le regard vague, les symptômes spasmodiques, les accès apoplectiformes et épileptiformes, et les symptômes psychiques, aucun de ces symptômes, dis-je, n'a plus réapparu et, par conséquent, la guérison complète qui date déjà du 10 février 1884, soit de trois ans et plus de neuf mois, doit être considérée comme définitive.

« En vous priant d'insérer cette lettre dans le prochain numéro des *Archives de Neurologie*, veuillez recevoir, etc.

« M. Catsaras.

« Paris, le 20 novembre 1887. »

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions.* — M. le Dr Roussel est nommé médecin-adjoint, à l'asile public de Saint-Robert (Isère), poste créé et compris dans la 2e classe (arrêté du 24 décembre 1887). — M. le Dr Aubry est nommé médecin-adjoint à l'asile public d'Armentières (Nord), en remplacement de M. le Dr Petit, démissionnaire. (Arrêté du 5 janvier 1888.) — Sont promus à la classe exceptionnelle à partir du 1er janvier 1888, MM. le Dr Bécoulet, directeur de l'asile public de Dôle (Jura); Mirepoix, directeur de l'asile public de Maréville (Meurthe-et-Moselle); Llanta, directeur de l'asile public de Montdevergues (Vaucluse);

Dr PETRUCCI, directeur de l'asile public de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire). (Arrêté du 5 janvier 1888). — Sont promus à la classe exceptionnelle à partir du 1er février, MM. le Dr GUILLEMIN, médecin-adjoint à l'asile de Dôle (Jura); le Dr PARIS, médecin-adjoint à l'asile public de Châlons. (Arrêté du 5 janvier.) — Sont promus à la 3e classe, MM. le Dr BOUDRIE, directeur-médecin de l'asile de Bassens (Savoie), à partir du 1er janvier; le Dr DENIZEL, directeur de l'asile public de Cadillac, à partir du 1er mars 1888. (Arrêté du 5 janvier 1888.) — Par arrêté, en date du 13 janvier 1888, M. le Dr DONNET, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Vaucluse, en remplacement de M. le Dr BIGOT, décédé. — M. le Dr DONNET est maintenu dans la première classe du grade. — Par arrêté, en date du 13 janvier 1888, ont été nommés à l'emploi de médecins en chef de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, créés par l'arrêté du 7 janvier 1888 : M. le Dr MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Marseille. — M. le Dr FEBVRÉ, médecin-adjoint de Ville-Evrard. — M. le Dr REY est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille. — Les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard sont séparées. M. le Dr PATÉ est nommé directeur-médecin de l'asile de Ville-Evrard et placé dans la troisième classe de son grade (5.000 fr.). — M. le Dr CAMUSET, médecin en chef à l'asile public de Clermont (Oise), est nommé directeur-médecin de l'asile public de Bonneval (Eure-et-Loir), en remplacement du Dr HILDENBRAND, décédé (maintenu à la troisième classe). (Arrêté du 21 janvier 1888. — M. le Dr Reverchon, directeur-médecin de l'asile public de Sainte-Catherine (Allier), est nommé aux mêmes fonctions à l'asile public de Saint-Luc (Basses-Pyrénées) (maintenu à la classe exceptionnelle). (Arrêté du 27 janvier 1888.) — M. le Dr BELLE, médecin en chef de l'asile public de Bailleul (Nord), est nommé directeur-médecin de l'asile public de Sainte-Catherine (Allier) (3e classe). (Arrêté du 27 janvier 1888.) — M. le Dr MARTINENQ, médecin-adjoint à l'asile public de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé médecin en chef à l'asile public de Clermont (Oise), 3e classe. (Arrêté du 27 janvier 1888.) — M. le Dr PONS, directeur-médecin de l'asile public de Saint-Luc (Basses-Pyrénées), est nommé médecin en chef de l'asile public de Bordeaux (maintenu à la 1re classe). (Arrêté du 30 janvier 1888.)

ASILE D'ALIÉNÉS DE SAINTE-CATHERINE (*Allier*). — La Chambre des députés a adopté un projet de loi autorisant le département de l'Allier à contracter un emprunt de 150,000 francs applicable aux travaux d'agrandissement de l'asile d'aliénés de Sainte-Catherine.

RECRUTEMENT DES MÉDECINS ADJOINTS DES ASILES PAR LE CONCOURS. — Le conseil des inspecteurs des établissements de bienfaisance

a été saisi dernièrement par M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, de l'examen d'un projet tendant à instituer le concours pour le recrutement des médecins adjoints des asiles d'aliénés. Le conseil a adopté les conclusions conformes d'un rapport de M. le Dr A. Regnard, établissant le concours par circonscriptions régionales qui auront pour chefs-lieux, certaines villes possédant des Facultés ou des Ecoles préparatoires de médecine. Le département de la Seine formera une région, avec l'adjonction des seuls asiles de Clermont et d'Evreux. Le concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à deux vacances. Les épreuves comprendront une question écrite, éliminatoire dans les cas où le nombre des candidats dépassera trois pour une place et une question orale. Il sera tenu compte des travaux antérieurs des candidats.

Société de Biologie. *Prix Ernest Godard, en* 1888. — Conformément aux termes du testament d'*Ernest Godard*, la *Société de Biologie décernera, à la fin de l'année* 1888, *un prix de* 500 *francs au meilleur mémoire qui lui sera adressé sur un sujet se rattachant à la Biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où, une année, le prix n'aura pas été donné, il sera ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard.* Les mémoires devront être envoyés au secrétaire général de la Société avant le 15 octobre; passé cette date, ils ne seront plus admis au concours.

Anciens aliénés. — Un sieur Florentin, de Lyons-la-Forêt (Eure), ancien pensionnaire d'un asile d'aliénés, s'était suicidé, il y a quatre jours, en se tirant un coup de fusil en plein visage. Son chien était resté enfermé avec le cadavre. Hier, lorsqu'on s'aperçut de la disparition du malheureux, on enfonça la porte de sa chambre et on constata que le chien avait dévoré la moitié d'une cuisse de son maître défunt (*Le Temps*, 29 décembre 1887.)

Le nommé Harel, de Beaubray, est atteint d'épilepsie. Avant-hier, sous l'influence d'un accès qu'il sentait venir, il se porta plusieurs coups de couteau et tomba en avant dans sa cheminée. Le feu prit à ses habits, et il eût infailliblement péri si ses voisins n'étaient accourus à son secours. Ses blessures mettent cependant sa vie en danger. Conclusion : *nécessité d'assister les épileptiques.*

Bérillon (E.). — *De la suggestion et ses applications à la pédagogie.* Brochure in-8° de 16 pages avec 4 figures. — Prix, 1 fr. Paris, 1888. — Aux bureaux de la *Revue de l'hypnotisme.*

Charcot (J.-M.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, professées à la Salpêtrière et recueillies par MM. Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette. — Tome III, 2e fascicule. — Un volume in-8 de 380 pages, avec 64 figures dans le texte. — Prix : 9 fr. ; pour nos abonnés, prix: 6 fr. — Ce fascicule complète le tome troisième.

DORÉ (G.). — *Recherches expérimentales sur l'influence de la température des femelles en gestation, sur la vitalité du fœtus et la marche de la grossesse.* Brochure in-8° de 40 pages. — Paris, 1883. — Librairie Asselin et Cie.

DUFOUR (E.). — *Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère). — Compte rendu du service médical pendant l'année* 1885. Brochure in-8° de 19 pages. Grenoble, 1886. — Imprimerie F. Allier.

GRASSET (J.) et BROUSSE (A.). — *Histoire d'une hystérique hypnotisable.* (Contribution à l'étude clinique des caractères somatiques fixes des attaques de sommeil spontané et provoquées chez les hystériques). Brochure in-8° de 34 pages. — Prix 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 franc.

HOVELACQUE (A.) et HERVÉ (G.). *Précis d'anthropologie.* Volume in-8° de 655 pages, avec 20 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, 1886. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

INDEX-*catalogue of the Library of the Surgeon-General's office United states army.* Vol. VIII, LEGIER-MEDICINE (naval). Vol. in-8° cartonné de 1078 pages. — Washington, 1887. — *Government printing Office.*

LADAME. — *Procès criminel de la dernière sorcière brûlée à Genève, le* 6 *avril* 1652, publié d'après les documents inédits et originaux conservés aux archives de Genève (*Sixième volume de la Bibliothèque diabolique, collection Bourneville.* Un volume in-8° de 60 pages. — Prix 2 fr. 50). Pour nos abonnés : 1 fr. 75; — numéro 1 à 50, papier Japon, prix : 5 francs; pour nos abonnés : 4 fr.; numéro 51 à 100, papier parcheminé, prix : 3 fr 50; pour nos abonnés : prix, 2 fr. 75.

MATHIEU-SICAUD (H.). — *De l'étiologie héréditaire de la paralysie spinale infantile aiguë.* Brochure in-8° de 80 pages. — Paris, 1887. — Librairie Coccoz.

OBERSTEINER (H.) — *Antleitung bein Studium des Bancs der Nervösen centralorgane nin gesunder nnd Kranten Zustande.* Volume in-8° de 406 pages, avec 178 figures. — Leipsig und Wien, 1888. — Toeplitz und Deuticke.

PUBLICATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL ». — *Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines à Loudun, XVIIe siècle.* Auto-biographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. — Annotée et publiée par MM. les Drs G. LEGUÉ et G. DE LA TOURETTE. — Préface de M. le professeur CHARCOT, membre de l'Institut. — Un beau volume in-8° de 330 pages. Papier vélin, prix : 6 fr.; pour nos abonnés : 4 fr. — Papier Japon, prix : 25 fr.; pour nos abonnés : 20 fr.

ROLLAND (E.). *De l'épilepsie jacksonienne.* Mémoire couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, revu et considérablement augmenté. Précédé d'une notice sur les asiles « John Bost » par le Dr E. Monod et d'une introduction par le Dr Arnozan. Volume in-8° de 192 pages, avec 22 figures et 2 planches lithographiées. — Prix : 3 fr.; pour nos abonnés : 2 fr. — Paris, 1888. — Librairie du *Progrès Médical.*

SIMON (L.-M.). — *Le monde des rêves. Le rêve, l'hallucination, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, le ragle, le cerveau, et le rêve.* — Paris, 1888. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

VIBERT (Ch.). — *Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemins de fer.* Volume in-8° de 118 pages. — Prix : 3 fr. 50, — Paris, 1888. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Évreux. Ch. Hérissey, imp. — 388.

Vol. XV. Mai 1888. N° 45

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

SUR UN CAS DE PSEUDO-TABES

(SYMPTOMES DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE PERSISTANT PENDANT DIX ANS. A L'AUTOPSIE, ABSENCE DE SCLÉROSE DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; INTÉGRITÉ COMPLÈTE DES RACINES RACHIDIENNES ET DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES);

Par le Dr A. PITRES,
Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Quand Duchenne (de Boulogne) tira l'ataxie locomotrice progressive du chaos dans lequel étaient confondues avant lui, sous la dénomination commune de myélites chroniques, la plupart des affections de la moelle épinière, il s'occupa uniquement de déterminer la symptomatologie de l'espèce morbide qu'il voulait isoler. « Abolition progressive de la coordination des mouvements et paralysie apparente contrastant avec l'intégrité de la force musculaire, tels sont, disait-il, les caractères fondamentaux mais incomplets de la maladie que je me propose de décrire. Ses symptômes et sa marche en font une espèce morbide parfaitement

distincte[1]. » Pour lui, la spécificité nosologique de l'ataxie locomotrice reposait exclusivement sur un ensemble de symptômes se succédant dans un certain ordre, mais la nature du tabes restait indéterminée; son anatomie pathologique était toute entière à faire. Plus tard, l'occasion de pratiquer des autopsies de tabétiques se présenta et ces autopsies révélèrent l'existence d'une lésion habituelle, toujours semblable à elle-même : la sclérose systématique des cordons postérieurs de la moelle, avec atrophie des racines postérieures des nerfs rachidiens. La plupart des auteurs considérèrent alors la lésion médullo-radiculaire comme le substratum anatomique nécessaire de l'ataxie locomotrice progressive et on en vint à lier si intimement les deux termes, que dans le langage scientifique courant on employait indifféremment pour désigner la même affection les mots de *sclérose des cordons postérieurs* ou d'*ataxie locomotrice progressive.*

Cette manière de comprendre la subordination des symptômes nettement définis du tabes à certaines altérations systématiques de la moelle épinière était, il faut bien le reconnaître, conforme à la majorité des observations anatomo-cliniques. Cependant elle était en contradiction manifeste avec un certain nombre de faits, relativement exceptionnels, cela est vrai, mais très bien constatés, et que personne n'avait le droit de repousser *a priori*. Quelquefois, en effet, on rencontrait, à l'autopsie de sujets qui n'avaient eu pendant leur vie aucun des symptômes caractéristiques du tabes, des scléroses évidentes des cordons postérieurs. D'autres

[1] Duchenne (de Boulogne). — *De l'Électrisation localisée*, 2e édit. Paris, 1861, p. 548.

fois au contraire, à l'ouverture des cadavres de malades ayant présenté de leur vivant toute la série des symptômes typiques de l'ataxie locomotrice progressive, on ne trouvait aucune altération appréciable des centres nerveux[1].

Que fallait-il penser de ces faits contradictoires? Trousseau en conclut jadis que l'ataxie locomotrice progressive était essentiellement une maladie *sine materiâ*, une névrose; qu'elle n'avait pas de lésions spécifiques primitives et que les altérations rencontrées dans la plupart des autopsies étaient les effets et non les causes des symptômes observés[2]. D'autres, plus réservés dans leurs déductions, convenaient que ces cas étaient inexplicables et conseillaient d'attendre leur interprétation des recherches ultérieures. « Ce sont là, disait Axenfeld, des faits exceptionnels dont il convient d'ajourner l'interprétation; n'a-t-on pas eu la sagesse de faire ainsi pour certains cas d'apoplexie cérébrale, dite nerveuse, dont l'obscurité n'a porté aucune atteinte à ce que l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale ou du ramollissement renfermait d'enseignements clairs et précis[3]. » L'événement a montré combien étaient légitimes les réserves d'Axenfeld, et depuis l'époque où il

[1] Quelquefois aussi on rencontrait à l'autopsie de sujets ayant présenté pendant la vie des symptômes plus ou moins analogues à ceux du tabes, des altérations des cordons postérieurs autres que la sclérose systématique, par exemple, des tumeurs ou des îlots étendus de sclérose en plaques. Les faits de ce genre n'ont pas d'importance théorique. Si on accepte l'idée que les cordons postérieurs de la moelle sont les *organes de l'ataxie*, on conçoit très bien que les lésions étendues de ces organes, quelle que soit du reste leur nature, donnent lieu à des symptômes rappelant, dans une certaine mesure, ceux de l'ataxie locomotrice progressive.

[2] Trousseau. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II.

[3] Axenfeld. — Article : *Ataxie locomotrice progressive* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. 1877, t. VII, p. 69.

écrivait ces lignes on est parvenu à classer et à comprendre un bon nombre des cas qui l'embarrassaient.

Tout d'abord les travaux de MM. Charcot et Pierret ont démontré qu'au point de vue des réactions pathologiques il fallait distinguer, dans les cordons postérieurs de la moelle, deux régions tout à fait distinctes: l'une centrale (cordons de Goll), qui peut être sclérosée dans toute son étendue sans que les symptômes de l'ataxie se manifestent, l'autre périphérique (zones radiculaires externes), qui est, si on peut s'exprimer ainsi, l'organe du tabes, car c'est avec les lésions de cette région que coexistent les symptômes caractéristiques de la maladie. Les altérations systématiques des cordons de Goll se montrent dans d'autres conditions pathologiques; elles s'accompagnent d'autres symptômes. Et voilà comment des scléroses non douteuses des cordons postérieurs peuvent être rencontrées à l'autopsie de sujets n'ayant présenté pendant leur vie aucun des signes habituels du tabes.

Plus récemment les recherches entreprises par divers auteurs sur la pathologie des nerfs périphériques ont fourni l'explication de quelques-uns des cas dans lesquels la moelle est indemne de toute altération chez des malades qui, de leur vivant, ont eu des accidents d'apparence tabétique. Des névrites multiples, disséminées çà et là, sur différents points du corps, peuvent donner lieu à des douleurs aiguës, lancinantes, analogues aux douleurs fulgurantes des ataxiques; elles peuvent produire des crises viscéralgiques; elles peuvent enfin déterminer des troubles de la coordination des mouvements ressemblant un peu à ceux que l'on observe dans le tabes. C'est sur des faits de ce genre que sont

basés le travail de M. Déjerine sur le nervo-tabes périphérique [1] et les recherches de MM. Krücke [2], Lôwenfeld [3], Bernhardt [4], Pribram [5], etc., etc.

Mais les scléroses des cordons de Goll et les névrites périphériques ne paraissent pas devoir fournir l'explication de tous les cas contradictoires auxquels nous faisions allusion au début de ce travail. Il y a, croyons-nous, une variété de faux tabes dans laquelle les symptômes ordinaires de l'ataxie locomotrice progressive se manifestent pendant des années consécutives, sans qu'à l'autopsie on découvre aucune altération des centres nerveux, des racines rachidiennes ni des nerfs périphériques.

Déjà quelques auteurs ont été conduits à penser que, dans certaines circonstances, l'irritation spinale peut revêtir une symptomatologie analogue à celle du tabes.

M. Rockwill [6] estime que plusieurs malades considérés comme des ataxiques guéris n'avaient que de l'irritation spinale. M. Kowalewski [7] a rapporté, sous le nom caractéristique de *Tabes dorsualis illusoria* une curieuse observation de faux tabes développé à la suite

1 Dejérine. — *Etude sur le Nervo-Tabes périphérique.* (*Archives de Physiologie*, 1884.)

2 Krücke. — *Die Pseudo-Tabes der Alcoholiker.* (*Deutsche med. Zeitung*, 1884.)

3 Löwenfeld.— *Ueber Spinallahmung mit Ataxie.* (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1884.)

4 Bernhardt. — *Ueber die multiple Neuritis der alcoholisten.* (*Zeitsch. f. Klin. Medicin*, 1886.)

5 Pribram. — *Ein Fall von multiplen Neuritis.* (*Neurol. Centralb.*, 1886, p. 212.)

6 Rockwill. — *New-York medical Journal*, 1881.

7 Kowalewski. — *Centralblatt für Nervenheilkunde*, von Erlenmeyer, 1881.

des émotions résultant de la vie en commun avec un vrai tabétique.

M. Leval-Piquechef[1] consacre un chapitre de sa thèse à l'étude du pseudo-tabes des névropathes. Il rapporte quatre observations inédites de malades se plaignant de douleurs fulgurantes, de crises gastralgiques, d'incoordination des mouvements, etc. Au point de vue symptomatique, c'étaient des tabétiques, mais c'étaient des tabétiques sans lésions organiques, car ils guérirent tous après quelques semaines ou quelques mois de traitement.

Dans l'observation dont je vais rapporter les détails, les symptômes tabétiques persistaient depuis une dizaine d'années. Ils étaient si nombreux et paraissaient si précis que tous les médecins qui ont vu le malade ont porté, sans réserves, le diagnostic d'ataxie locomotrice progressive. J'ai moi-même partagé cette erreur et à diverses reprises j'ai montré ce malade à ma clinique comme un exemple d'ataxie confirmée. Aussi ai-je été fort surpris de ne trouver à l'autopsie aucune altération appréciable de la moelle ni des racines postérieures. Je pouvais encore supposer qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'un cas de pseudo-tabes névritique. Je recueillis, pour m'en assurer, un grand nombre de nerfs périphériques; j'en fis l'examen histologique avec tous les soins possibles, et, à mon grand étonnement, je n'y pus constater aucune lésion inflammatoire ou dégénératrice.

Quelle que soit l'interprétation qu'on veuille donner à ce fait, il me paraît assez curieux et assez imprévu

[1] Leval-Piquechef. — *Des Pseudo-Tabes*. Th. doct. Paris, 1885.

pour mériter l'attention, car, à ma connaissance, il n'existe pas encore dans la science un seul exemple de pseudo-tabes névropathique ou par irritation spinale ayant eu une durée aussi prolongée, s'étant terminé par la mort et ayant été suivi d'une autopsie régulière avec examen histologique des centres nerveux et des nerfs périphériques.

Observation.

Homme de quarante-quatre ans. Pas d'hérédité névropathique. Pas de syphilis ni d'alcoolisme. Excès vénériens habituels.

En 1876, à l'âge de trente-cinq ans, crises de courbature musculaire. — En 1877, crises de douleurs aiguës, lancinantes siégeant primitivement dans la hanche droite et s'étendant plus tard à la gauche. Polyurie. — En 1880, douleurs en ceinture. Incertitude de la marche. Sensations de gonflement des pieds et de dénivellement. Signe de Rombeg. Excitation génitale suivie de frigidité. — De 1881 à 1886, troubles de la miction, tenesme rectal, crises gastriques. Douleurs fulgurantes types. Persistance de l'incoordination motrice. Pas de troubles de la vue, ni de troubles trophiques. Réflexes rotuliens conservés. — Mort de pleurésie tuberculeuse.

Autopsie. Pas de sclérose de la moelle. Pas d'atrophie des racines postérieures. Intégrité des nerfs phériphériques.

Pur.. (Jean), né en 1842, contre-maître dans une forge, est entré dans mon service à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 27 avril 1881, pour des crises douloureuses et de l'incoordination des mouvements des membres inférieurs.

Antécédents héréditaires.— *Père*, mort en 1856, de la fièvre jaune dans les colonies. *Mère*, morte d'un accès de fièvre pernicieuse, contractée à Talahassec (Floride). Ni l'un ni l'autre n'était atteint d'affections nerveuses. Pas de renseignements sur les grands parents.

Antécédents personnels. — Pur.. a passé une partie de son enfance dans la Louisiane. Plus tard, il a navigué pendant trois ans, dans les mers du Sud et de l'Inde. Il s'est ensuite fixé au Sénégal où il est resté deux ans et demi, sans avoir aucune des maladies endémiques si fréquentes dans ce pays. Il n'a eu, en particulier, ni fièvre jaune, ni fièvres intermittentes.

Rappelé en France pour faire son service militaire, il a eu, à vingt ans, deux blennorrhagies sans gravité. Il affirme qu'il n'a

jamais eu de chancres. Pendant la guerre franco-allemande, il a été rappelé sous les drapeaux comme ancien militaire et incorporé dans le 34e régiment de marche. Frappé d'un coup de sabre au combat de Beaune-la-Rolande, il fut renversé et foulé aux pieds par des chevaux; mais ses blessures furent peu graves, car, après quinze jours du traitement, il put quitter l'ambulance et rejoindre son régiment qui faisait alors partie de l'armée de l'Est. Durant les derniers temps de la campagne, il coucha presque toutes les nuits sur la neige, avec ou sans feu, et eut beaucoup à souffrir du froid. Néanmoins, sa santé ne fut pas sérieusement ébranlée, puisqu'aussitôt qu'il fut licencié il entra en qualité de contre-maître dans une fonderie des environs de Bordeaux.

Jusqu'en 1876 (c'est-à-dire jusqu'à l'âge de trente-cinq ans), il se porta parfaitement bien. Doué d'une intelligence remarquable, parlant couramment cinq langues vivantes, actif, laborieux, il ne faisait, assure-t-il, aucun excès de boisson; mais il aimait beaucoup les femmes et abusait des plaisirs vénériens.

Début et marche de la maladie. — Le premier symptôme morbide apparut dans le courant de l'année 1876, et fut constitué par des *crises de courbature musculaire.* Sans avoir fait de travaux pénibles Pur.. éprouvait de temps en temps une sensation de fatigue qui augmentait rapidement et l'obligeait à appuyer son dos sur un plan résistant ou à se coucher. Après trois quarts d'heure ou une heure de repos, la courbature se dissipait et Pur.. reprenait son travail. Ces crises survenaient aussi bien dans la matinée que dans l'après-midi; elles se reproduisaient tous les deux jours en moyenne, sans régularité. Quelquefois, par exemple, il en arrivait plusieurs dans la même journée, tandis que d'autres fois il s'écoulait quatre ou cinq jours entre deux crises successives. La sensation de courbature siégeait uniquement dans les lombes ; jamais elle ne s'étendait aux membres. « J'éprouvais, dit Pur.., sans avoir fait aucun exercice exagéré, un sentiment de fatigue, de brisement musculaire tout à fait semblable à celui que j'avais ressenti quelquefois pendant la guerre après de longues étapes faites le sac au dos. » Mais il n'attachait aucune importance à un phénomène qui se dissipait toujours spontanément après un moment de repos.

Ces crises de courbature musculaire persistèrent pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet 1876. Puis elles disparurent sans que le malade ait fait aucun traitement, et durant l'hiver de 1876-1877, Pur... n'éprouva aucun symptôme nouveau.

Dans les premiers mois de 1877, il commença à ressentir des *douleurs aiguës dans la hanche droite.* Ces douleurs survenaient habituellement le matin, au saut du lit, et elles s'apaisaient assez rapidement par le fait de la marche. Elles étaient très vives,

instantanées et si brusques qu'elles faisaient souvent tressauter le malade. Elles siégeaient, pendant les premières semaines qui suivirent leur apparition, sur la hanche droite seule, mais plus tard, elles s'étendirent à la hanche gauche. Vers le mois de juin 1877, Pur... souffrit en outre de *picotements désagréables* siégeant à la région lombaire de la colonne vertébrale. Comme à cette époque il rendait une *quantité excessive d'urines* (jusqu'à quatre litres par vingt-quatre heures), on pensa qu'il avait une affection rénale (quoique l'analyse de l'urine ne révélât rien d'anormal dans la composition de ce liquide) et on le soumit à un traitement approprié : cautères le long de la colonne vertébrale, bains de vapeur, iodure de potassium à l'intérieur.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs rachialgiques et la polyurie parurent s'atténuer. Pur... reprit son travail, souffrant toujours de temps en temps de ses douleurs aiguës dans les hanches, et resta sans accidents nouveaux jusqu'au mois de mars 1880. A cette époque, les crises douloureuses devinrent plus violentes et plus rapprochées. En outre, dans leurs intervalles, le malade commença à souffrir d'une *douleur fixe constrictive*, formant ceinture autour de la partie inférieure du ventre et du bassin. « J'avais, dit-il, le bas du ventre et le haut des cuisses comme serrés dans un filet à mailles étroites. A certains moments la constriction devenait extrêmement violente, puis elle diminuait, mais elle ne disparaissait jamais complètement. »

En même temps apparut un symptôme important : *l'incertitude de la marche*. Le malade s'aperçut d'abord qu'il lui était difficile de monter les escaliers ; il lançait ses pieds au delà du but à atteindre ; il s'entravait ; il n'avait plus d'équilibre. Ses pieds étaient le siège d'une sensation bizarre ; ils lui paraissaient toujours enflés. Un peu plus tard, il lui sembla que le sol était mou « comme du coton ». Enfin il éprouva une sensation encore plus désagréable qu'il décrit sous le nom de *sensation de dénivellement*, et dont voici les caractères : chaque fois qu'il appuyait les pieds par terre, il sentait le sol s'enfoncer de trois à six centimètres et c'est seulement après avoir subi cet enfoncement que le pied lui paraissait solidement fixe sur un plan résistant. Les troubles de la coordination motrice augmentaient considérablement dans l'obscurité. Quand le malade voulait marcher les yeux fermés, ses jambes se dérobaient sous lui, la sensation de dénivellement augmentait et, en fin de compte, il était obligé de s'accrocher à un soutien solide pour ne pas tomber.

Une violente *excitation génitale* coïncida avec l'apparition des symptômes que nous venons d'énumérer. De mars à juillet 1880, Pur.. avait des érections interminables et comme il vivait avec une maîtresse, il se livrait avec une ardeur excessive aux plaisirs de l'amour. Vers le mois d'août les érections devinrent incomplètes

et inefficaces, mais il y avait de fréquentes éjaculations nocturnes survenant à la suite de rêves érotiques ou même sans rêves, et non accompagnées de sensations voluptueuses.

Vers la fin de 1880 et le commencement de 1881, le malade eut à plusieurs reprises de la *difficulté à uriner* et de *faux besoins d'aller à la garde-robe*. Quand ces accidents survenaient, il ne pouvait pisser debout; il était obligé de s'accroupir et de faire des efforts prolongés. Il lui semblait aussi que son rectum était rempli de matières dures prêtes à sortir, et quand il se présentait à la garde-robe, il faisait d'inutiles efforts pour expulser des matières qui n'existaient pas. Des traitements variés ayant été employés sans succès pour combattre ces divers accidents, Pur.. se décida à entrer à l'hôpital Saint-André le 27 avril 1881.

Etat actuel en mai 1881. — Pur.. est un homme robuste, vigoureux, puissamment musclé. Son intelligence et sa mémoire n'ont subi aucune altération. Il fait avec une lucidité parfaite le récit des souffrances qu'il a éprouvées depuis 1876. Il se plaint surtout de la violence et de la fréquence des crises douloureuses siégeant dans les hanches, et de la difficulté constante qu'il éprouve à se maintenir en équilibre dans la station verticale ou dans la marche.

Les *douleurs* surviennent par crises tous les deux à six jours. Elles sont d'une violence excessive. « Il me semble, dit le malade, qu'on m'arrache tout à coup l'os de la cuisse et qu'aussitôt après on le remet en place avec une brutalité excessive. Cela ne dure qu'un instant, moins d'une seconde assurément, mais c'est atrocement douloureux. Et puis cela se reproduit toutes les minutes ou toutes les deux minutes pendant des heures entières. » Quand la crise est terminée, il ne reste après elle aucun retentissement douloureux dans la hanche : la pression sur les trochanters est indolente ; l'articulation coxo-fémorale ne paraît être le siège d'aucune lésion.

L'*incoordination motrice* existe seulement dans les membres inférieurs. La marche n'est pas impossible, mais elle est difficile. Pur.. se promène cependant une partie de la journée, en s'appuyant sur une canne. Il s'avance alors les jambes très écartées, comme s'il n'était pas sûr de conserver l'équilibre, le corps voûté en avant. Il lance les pieds au delà du but à atteindre et laisse retomber fortement ses talons sur le sol. Il a toutes les peines du monde à monter un escalier. Si on le prie de marcher les yeux fermés, il chancèle et est incapable de progresser. Il lui est également impossible de marcher à reculons que les yeux soient ouverts ou fermés. Avec le secours de la vue, il peut se tenir un instant sur une seule jambe, mais aussitôt qu'il ferme les paupières, il perd l'équilibre et est obligé, pour ne pas tomber, de se remettre sur les deux jambes.

L'énergie de la contraction des muscles des membres inférieurs est normale. Quand on dit à Pur.. de tenir ses jambes étendues et qu'on essaie de les fléchir de force, il oppose une résistance considérable. Le dynamomètre placé dans le jarret marque, quand le malade fléchit la jambe sur la cuisse, 19 kilos du côté droit et 24 kilos du côté gauche. Malgré cette conservation apparente des forces, le malade se fatigue rapidement et serait incapable de faire une longue course.

Il n'y a *pas d'atrophie musculaire*, ni d'adipose sous-cutanée, ni de troubles trophiques de la peau ou des ongles.

La *sensation de position des membres inférieurs* est bien conservée. Les yeux fermés, le malade se rend très bien compte des déplacements qu'on imprime à ses jambes, il reconnaît les positions qu'on leur donne, mais il dit que cette sensation est un peu lente à se produire. Tandis qu'il sait toujours la position dans laquelle on place ses membres supérieurs, il a besoin d'un instant d'attention pour avoir la notion précise de la position qu'occupent ses membres inférieurs. Il ne lui arrive pas de perdre ses jambes dans son lit.

La *sensibilité cutanée* est obtuse. Les piqûres pratiquées sur les pieds et les jambes sont perçues avec un léger retard et avec un dédoublement des sensations par suite duquel le malade perçoit d'abord un contact simple, puis une piqûre. Ces deux sensations successives sont séparées par un intervalle très court, un dixième de seconde environ. C'est peut-être à ce phénomène du dédoublement des perceptions qu'il faut rapporter la *sensation de dénivellement*, qui contribue pour une large part à rendre la marche incertaine et hésitante. Dans tous les cas, si on fait marcher le malade sur les genoux il éprouve la même sensation d'affaissement du sol que lorsqu'il appuie sur les pieds.

Le *chatouillement plantaire* est bien perçu et les réflexes consécutifs à ce chatouillement sont normaux. — Le *réflexe crémastérien* est conservé : le soulèvement du testicule est plus fort à droite qu'à gauche. — Les *réflexes rotuliens* ne sont pas abolis. Ils persistent même après l'éthérisation locale, jusqu'à insensibilité absolue, de la peau qui recouvre les tendons rotuliens. La percussion des muscles triceps donne lieu à une contraction brusque, comme chez les sujets sains. — Il n'y a rien d'anormal dans les membres supérieurs.

Les *pupilles* sont égales, mais rétrécies. Elles réagissent normalement à la lumière et aux efforts d'accommodation. Le malade n'a jamais eu de diplopie. Sa vue est bonne.

Après un séjour de quelques mois dans le service, Pur... quitta l'hôpital et reprit ses fonctions dans une fonderie. Il éprouvait beaucoup de peine à se diriger dans l'usine, au milieu des

machines, des foyers et de la fonte en fusion. Il fit souvent des chutes dangereuses. On utilisa alors son activité dans les ateliers de dessin où il pouvait rendre des services, sans être exposé à des accidents.

Il revint à l'hôpital en *octobre* 1883 et les notes recueillies à cette époque signalent quelques modifications importantes dans les symptômes de la maladie. J'y trouve consignées les particularités suivantes : « Depuis un an environ, le malade a dans les membres inférieurs de véritables *crises de douleurs fulgurantes*. Elles surviennent à des intervalles irréguliers, et ne durent jamais plus de quelques heures. Elles éclatent surtout le soir, après le coucher, quand la chaleur du lit commence à se faire sentir. Les douleurs ont le caractère de fulgurations très rapides partant de la région des fesses et éclatant tout à coup « comme des fusées » dans les jambes et les cuisses. Dans leurs intervalles, il y a souvent des crampes très pénibles dans les muscles des membres inférieurs. Depuis que ces crises fulgurantes ont fait leur apparition, les tiraillements des hanches ont disparu. La douleur en ceinture est plus fréquente qu'autrefois, mais moins violente. »

En mars et en juillet 1883, le malade a eu deux grandes crises gastralgiques. La première a duré six jours, la seconde quinze. Ces crises étaient caractérisées par des douleurs intolérables, accompagnées de vomissements glaireux peu abondants. Pendant toute leur durée il y eut une *sialorrhée* abondante et du *ténesme rectal*.

Dans l'état actuel, rien à signaler, si ce n'est la persistance des symptômes constatés en 1881. La démarche est toujours incertaine. La sensation de dénivellement persiste. Le signe de Romberg est très net. Les réflexes rotuliens sont conservés. Les piqûres sont toujours perçues en deux temps (1° contact, 2° piqûre). Pas de troubles de la vue. Pas de troubles trophiques. Etat général bon.

Dans le courant de l'année 1884, les symptômes précédemment indiqués persistèrent sans modifications notables. Il y eut cinq ou six crises gastralgiques. En 1885, le protocole de l'observation signale que la sensibilité cutanée est plus obtuse qu'en 1883. Les piqûres et les pincements pratiqués sur les membres inférieurs sont perçus avec des retards considérables et de grosses erreurs de lieu. Les sensations de chaleur sont mal appréciées. Un jour, le malade se chauffant les pieds devant le feu, laissa brûler ses chaussons sans s'en apercevoir. Les crises de douleurs fulgurantes sont, en revanche, moins fréquentes et moins violentes. Les picotements rachialgiques persistent ainsi que les douleurs en ceinture ; ces dernières ont même augmenté d'intensité.

La miction est habituellement facile. Pas d'appétence génésique.

Les érections sont rares, sans désir érotique. Pas de pollutions nocturnes. — Le testicule droit est beaucoup plus petit que le gauche. Sa consistance est plus molle et sa sensibilité à la pression et au choc est très affaiblie. Le malade ignore à quelle époque a débuté cette *atrophie testiculaire*, mais il assure très catégoriquement qu'elle n'existait pas avant le début de sa maladie. Il n'a eu, du reste, ni orchite, ni variole, ni scarlatine, ni oreillons, ni syphilis qui puissent en être la cause. Le testicule gauche n'a pas diminué de volume. Sa sensibilité à la pression et sa consistance sont normales.

Le réflexe au chatouillement plantaire est aboli. Le réflexe rotulien est normal à gauche et légèrement affaibli à droite. — Pas de dystrophie de la peau ou des ongles. Pas d'atrophie musculaire. — Le goût, l'ouïe, l'odorat sont normaux. Pupilles égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation, myosis légère.

Après être sorti de l'hôpital dans les premiers mois de 1886, Pur... y revint une dernière fois en novembre. Il fut admis dans le service de M. Riquard et présentait, paraît-il, les mêmes symptômes tabétiques qu'autrefois. Quelques jours après son admission, il se plaignit d'un violent point de côté. Puis il fut pris de fièvre, de dyspepsie intense avec tendances à la syncope et finalement il succomba le 5 décembre 1886. M. Riquard voulut bien m'autoriser à pratiquer son autopsie le lendemain.

Autopsie. — En enlevant le plastron sternal, on remarque que le tissu cellulaire du médiastin antérieur est œdémateux, infiltré de sérosité louche, blanchâtre et parsemé de nombreux ganglions lymphatiques tuméfiés au point d'avoir souvent le volume de grosses amandes. La cavité pleurale droite renferme un épanchement enkysté de un litre environ de liquide sanguinolent. La loge formée en bas par le plan supérieur du diaphragme, en haut par le poumon refoulé, en dedans par le médiastin, et en dehors par la cage thoracique, est tapissée de fausses membranes épaisses, très vasculaires, renfermant des milliers de granulations tuberculeuses. Les deux *poumons* sont également infiltrés de tubercules miliaires. Le *foie* a son volume normal; il renferme dans un de ses canaux biliaires un *calcul* arborisé dont la branche principale a le volume d'une plume d'oie. — Le *cœur* est sain. Les *reins* ne présentent pas d'altérations appréciables. Les muqueuses de l'*estomac* et de l'*intestin* sont normales.

Les *méninges céphaliques*, le *cerveau*, le *cervelet*, la *protubérance*, le *bulbe rachidien* ont toutes les apparences de l'état normal. On ne remarque pas de dégénérescence grise des nerfs crâniens.

La *moelle épinière* est enlevée avec précaution. Après incision longitudinale de la dure-mère, on aperçoit les méninges rachidiennes qui paraissent tout à fait saines. — Pas d'épaississement

de la pie-mère. — Pas de néo-membranes de l'arachnoïde. — Les *racines postérieures* ont le volume et l'aspect chatoyant qu'elles présentent dans les conditions normales. — La moelle elle-même est ferme. Ni à sa surface ni sur les coupes transversales on ne distingue de teinte grisâtre au niveau des cordons postérieurs. Les substances blanche et grise sont bien distinctes ; elles paraissent inaltérées. Plusieurs ganglions rachidiens, enlevés avec la gouge dans les trous de conjugaison se présentent avec la forme, le volume et la consistance de ganglions normaux.

La moelle a été plongée aussitôt après l'autopsie dans une solution de bichromate d'ammoniaque à 2 p. 100, où elle est restée jusqu'à ce qu'elle soit assez dure pour qu'on y puisse pratiquer des coupes minces destinées à l'examen histologique. Un grand nombre de tronçons de nerfs périphériques, plusieurs paires de racines rachidiennes et quelques nerfs viscéraux ont été placés pendant vingt-quatre heures dans de petits flacons soigneusement étiquetés et renfermant chacun quelques centimètres cubes d'acide osmique en solution aqueuse à 1 p. 150. Ils ont été ensuite lavés, dissociés, colorés au picro-carmin ou à la glycérine éosinée et montés en préparations persistantes.

Examens histologiques. — 1° *Moelle épinière.* — Sur les coupes transversales provenant des différentes régions de la moelle (cervicale, dorsale et lombaire), colorées au carmin ou à l'hématoxyline de Weigert et clarifiées par les procédés ordinaires, on ne trouve nulle part de taches scléreuses. Les cornes de substance grise et les cordons blancs ont les apparences de l'état normal : cellules et tubes sont également sains. Le tissu conjonctif intertubulaire n'est pas épaissi. Dans les cordons de Goll et les zones radiculaires externes, en particulier, rien n'indique l'existence d'une sclérose confirmée ou d'un début d'altération scléreuse.

La seule particularité digne d'être signalée, c'est que les parois des vaisseaux sanguins sont, dans toutes les hauteurs de la moelle, plus denses et plus épaisses qu'à l'ordinaire. Il semble qu'il y ait une légère périartérite diffuse. Il faut ajouter que les artères ainsi altérées ne forment pas des centres d'où s'irradient des travées conjonctives élargies : l'altération est limitée aux parois vasculaires ; elle ne s'étend pas au delà. Ajoutons encore que cet épaississement des parois vasculaires est peut-être un peu plus manifeste dans le segment postérieur de la moelle (cordons et cornes), mais qu'il existe aussi dans les cordons latéraux et dans les cornes antérieures.

2° *Racines rachidiennes.* — Quatre paires de racines rachidiennes provenant des régions dorsale et lombaire de la moelle ont été dissociées et soumises à l'examen : Il a été impossible d'y constater la moindre altération. Les racines postérieures renferment, aussi bien que les antérieures, des fibres nerveuses intactes, pour-

vues de gaînes de myéline saine, sans fragmentation ni atrophie.

3° *Nerfs périphériques.* — Douze fragments de nerfs périphériques ont été dissociés après l'action de l'acide osmique et examinés au microscope. Ils provenaient des nerfs suivants : 1° *cubital droit*; 2° *dixième nerf intercostal droit;* 3° *sciatique gauche*; 4° *crural gauche;* 5° *et* 6° *sciatiques poplités interne et externe gauches*; 7° *et* 8° *sciatiques poplités interne et externe droits ;* 9° *tibial antérieur gauche* ; 10° *tibial antérieur droit ;* 11° *musculo cutané gauche ;* 12° *musculo-cutané droit.*

Tous ces nerfs, sans exception, sont dans un état parfait d'intégrité, — Quelques filets cutanés, recueillis dans la peau du scrotum, sont également tout à fait normaux.

Nerfs viscéraux. — Parmi les nerfs viscéraux soumis à l'examen histologique, les *grands splanchniques,* les *pneumo-gastriques,* les *laryngés supérieurs droits et gauches,* le *récurrent droit* et le *phrénique droit* sont sains.

Le *récurrent gauche,* au contraire, présente de grosses altérations. Il ne renferme pour ainsi dire plus de tubes nerveux à myéline. Il est composé presque exclusivement de fibres atrophiées, d'aspect rubanné, très difficiles à isoler les unes des autres par la dissociation.

Les nerfs de l'estomac et du cœur paraissent également altérés. Les quelques fibres myéliniques qu'on y rencontre à l'état normal ont disparu ; on n'aperçoit que des fibres sans myéline.

Quant aux fibres de Remak qui se trouvent toujours en grande abondance dans ces nerfs, les procédés que nous avons employés ne permettent pas de déterminer avec précision si elles sont saines ou altérées.

En résumé, un homme de trente-cinq ans, fort, vigoureux et d'une bonne santé antérieure est pris, sans cause connue, d'accidents nerveux variés analogues à ceux qui caractérisent l'ataxie locomotrice progressive: douleurs à type fulgurant, incoordination motrice des membres inférieurs, crises gastralgiques, etc. Ces accidents persistent pendant près de dix ans. Le malade meurt d'une affection tuberculeuse aiguë intercurrente et, à son autopsie, on ne découvre aucune altération organique de la moelle, ni des racines rachidiennes,

ni des nerfs périphériques. A peine trouve-t-on quelques lésions dans certains nerfs viscéraux. Tel est le fait brutal.

On pourrait peut-être, en analysant après coup les symptômes présentés par ce malade, faire des réserves sur la légitimité du diagnostic porté durant sa vie; dire, par exemple, que la conservation des réflexes rotuliens, l'absence de troubles des réactions pupillaires auraient dû faire écarter l'hypothèse du tabes. En fait, l'objection ne serait pas très sérieuse, car jamais on ne trouve réunis sur un même malade tous les symptômes tabétiques connus.

On pourrait supposer encore qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'un simulateur se jouant de la crédulité des médecins qui lui donnaient des soins, mais il suffira d'un instant de réflexion pour écarter cette supposition. Une simulation de ce genre, prolongée pendant dix ans, impliquerait une telle habileté, une telle force de volonté que vraiment il est impossible de croire à sa réalité. Et dans quel intérêt Pur... aurait-il dépensé tant d'astucieuse persévérance ? C'était un homme fort intelligent, actif, parlant et écrivant cinq langues vivantes. Il lui était très facile de trouver hors de l'hôpital des moyens d'existence. Pourquoi donc se serait-il appliqué pendant si longtemps à simuler des souffrances qu'il n'éprouvait pas ?

Notre malade présentait bien réellement, cela est certain, les symptômes tabétiques dont il se plaignait. Cependant l'autopsie n'a pas permis de découvrir les lésions habituelles du tabes. En faut-il conclure que l'ataxie locomotrice soit une névrose ? Non, assurément. Mais il faut admettre qu'il existe, dans certains

cas, des troubles fonctionnels susceptibles de donner lieu à un ensemble de symptômes analogues à ceux qui caractérisent le tabes. L'anatomie pathologique a rendu assez de services pour qu'on puisse sans inconvénients avouer que, dans l'état actuel de la science, elle est impuissante à fournir la raison matérielle de tous les phénomènes morbides. On possède déjà plusieurs observations dans lesquelles des médecins expérimentés, ayant posé, durant la vie du malade, le diagnostic de sclérose en plaques ou de paralysie bulbaire progressive, ont été surpris de ne découvrir à l'autopsie aucune altération appréciable du cerveau ou de la moelle épinière[1]. Rien n'est plus difficile, du reste, que de reconnaître si un symptôme nerveux quelconque est déterminé par une lésion organique préexistante ou s'il est le résultat d'un simple trouble fonctionnel. Les accidents qui paraissent relever le plus sûrement des lésions organiques, tels que l'hémiplégie, l'hémianesthésie, l'hémichorée, l'hémiathétose, l'épilepsie jacksonienne, etc., sont, dans un bon nombre de cas, indépendants de toute altération matérielle des centres nerveux. L'apoplexie elle-même est quelquefois le résultat d'un simple trouble dynamique de l'encéphale et rien ne ressemble plus à l'*état apoplectique* causé par une vaste hémorrhagie cérébrale, que l'*état apoplectiforme* dans lequel tombent tout à coup certains malades atteints de paralysie générale, de sclérose en

[1] Voir à ce sujet : Westphal, *Ueber einem dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund* (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. VIII, 1833) ; J. Babinski, *Etude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques* (Th. doct. Paris, 1885); Oppenheim, *Ueber einem Fall von chronischer progressiver Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund* (*Virchow's Archiv.*, Bd 108, 1887), etc.

plaques ou de tabes, quoiqu'on ne trouve à l'autopsie de ces derniers aucune lésion en foyer pouvant expliquer le coma et la mort.

Somme toute, il n'est pas plus étonnant de rencontrer des pseudo-tabes que des pseudo-scléroses en plaques, des pseudo-paralysies bulbaires ou des pseudo-apoplexies. Nous ne comprenons pas encore le mécanisme de ces troubles fonctionnels, mais qu'importe ? Nous en sommes encore à la période d'élaboration préparatoire dans laquelle on recueille des documents sans savoir à quelle synthèse ils pourront servir plus tard. Ne nous hâtons pas trop d'expliquer et de conclure; ayons plutôt la sagesse d'attendre que des recherches ultérieures fournissent l'interprétation des faits qui nous semblent aujourd'hui inexplicables.

NOUVELLES ÉTUDES SUR LE ROLE DE LA PRÉDISPOSITION NERVEUSE DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE FACIALE DITE *A FRIGORE*;

Par le Dr E. NEUMANN.

Au mois de juillet dernier, nous avons publié, dans cette revue, un mémoire consacré à l'*Étude des conditions étiologiques de la paralysie faciale.* Laissant de côté les hémiplégies de la face provoquées par une hémorrhagie ou par un ramollissement du cerveau, les paralysies de la septième paire placées sous la dépendance de la syphilis cérébrale, celles qui peuvent être occasionnées par un traumatisme ou par

une carie du rocher, en un mot toutes les paralysies se rattachant à une lésion bien déterminée, nous n'avons visé que les hémiplégies de la septième paire, dites périphériques, appelées aussi *à frigore* ou rhumatismales et nous avons cherché à démontrer, en restant exclusivement sur le terrain de la clinique, que dans toutes ces paralysies faciales, connues autrefois sous le nom d'idiopathiques, la part étiologique prépondérante revenait toujours à la prédisposition nerveuse héréditaire.

Les 17 cas rapportés dans notre travail nous avaient paru suffisamment démonstratifs pour entraîner notre conviction et légitimer notre manière de voir; néanmoins nous ne croyons pas devoir passer sous silence les observations nouvelles que nous avons pu recueillir; loin d'infirmer nos premières conclusions, ces faits nouveaux viennent, au contraire, les corroborer de tous points et prouver que la théorie du froid, qui n'a pour elle que l'ancienneté et la tradition, est en contradiction flagrante avec l'observation clinique. Si cette doctrine, qui consiste à mettre au premier plan le froid ou toute autre cause occasionnelle, a jusqu'à présent régné sans partage, cela tient à ce que l'action des circonstances extérieures et celle du froid en particulier, sont, en apparence, chez un certain nombre de sujets, les seules influences étiologiques saisissables. Mais une analyse rigoureuse des faits et surtout une étude attentive, portant sur les antécédents des malades, sur leurs antécédents de famille, nous apprennent que toutes les causes habituellement invoquées pour expliquer l'origine de la paralysie faciale, sont purement secondaires et qu'elles se trou-

vent entièrement subordonnées à ce facteur puissant qui s'appelle l'hérédité nerveuse.

Si, au lieu d'établir l'étiologie de la paralysie faciale avec des hypothèses banales, on veut la faire avec des realités, ce n'est pas dans les influences extérieures, mais dans le sujet lui-même, dans sa famille qu'il faut chercher la source du mal. Ces enquêtes sur l'hérédité, il faut bien le dire, ne sont pas faciles. A l'hôpital, on est en présence d'individus ignorant très souvent les tares physiques qui ont pu entacher leur famille et incapables de donner aucune indication précise. Il importe alors de s'enquérir avec soin des antécédents personnels du sujet et de s'attacher aux moindres faits de son existence. Presque toujours, on est en présence de névropathes, qui antérieurement à leur hémiplégie de la face, avaient eu d'autres accidents nerveux, tels que des tics, des convulsions, des névralgies, des migraines, etc. En ville, on se heurte à une autre difficulté : c'est la discrétion voulue des malades qui s'efforcent de dissimuler au médecin les affections nerveuses et surtout les affections vésaniques qui ont pu frapper certains membres de leur famille. Mais si, au lieu de se contenter d'un seul examen et de s'en tenir à un premier interrogatoire qui ne donnent en général que des résultats négatifs, on se livre à des enquêtes et à des investigations répétées, on arrive à recueillir des renseignements précieux et à obtenir des confidences qui éclairent d'un jour nouveau l'origine de la maladie. Le dossier des antécédents de chaque sujet se complète peu à peu et le dépouillement des observations apprend au médecin qu'il y a dans la famille des hystériques, des

choréiques, des épileptiques, des individus atteints de paralysie générale ou d'aliénation mentale sous une forme quelconque, etc. Et alors cette paralysie faciale qui apparaissait, au premier abord, comme un accident imputable au froid, à une émotion ou à tout autre facteur banal, n'est plus qu'un épisode nerveux en parfaite connexion avec le passé du sujet et intimement lié aux maladies de ses ascendants et de ses collatéraux.

Telles sont les déductions auxquelles nous avait conduit l'étude des faits relatés dans notre premier mémoire, tels sont aussi les enseignements qui se dégagent pour nous des documents cliniques dont l'exposé va suivre.

OBSERVATION I. — L... (Catherine), quarante-huit ans, blanchisseuse, se présente au service d'électrothérapie de la Salpêtrière le 12 juillet 1887, avec une *paralysie faciale du côté droit.*

Pas de renseignements au point de vue des antécédents de famille. Antécédents personnels : Bien réglée, depuis l'âge de quatorze ans; n'a jamais eu d'enfant; à l'âge de vingt ans, *sciatique* du côté droit qui a persisté pendant cinq mois environ. Cette malade, *très impressionnable* nous dit qu'elle souffre habituellement de *maux de tête*; depuis trois ans environ elle a des *douleurs névralgiques* occupant le côté gauche *de la face* et revenant fréquemment, mais à des périodes irrégulières; ces douleurs ont disparu complètement depuis deux mois. Il y a quinze jours, le 27 juin, elle a été prise sans cause connue d'une paralysie faciale occupant le côté droit. L'hémiplégie porte sur toutes les branches du facial droit. Il résulte de l'exploration électrique que les réactions faradiques sont légèrement diminuées. Pas d'altérations soit qualificatives soit quantitatives de la contraction galvanique.

OBSERVATION II. — G... (Louise), couturière, âgée de trente ans, vient nous consulter le 5 octobre 1887. Pas de renseignements précis sur les antécédents de famille. *Antécédents personnels* : Rougeole et coqueluche dans la première enfance. Réglée à quinze ans, Louise G... *a toujours été très nerveuse* depuis l'époque de la menstruation ; *tendance facile au rire et aux larmes;* n'a jamais eu d'attaques de nerfs, ni de perte de connaissance; *mi-*

graines fréquentes. Mariée depuis dix ans, *elle a eu deux enfants dont l'aîné,* âgé de douze ans, *a actuellement la chorée ;* l'autre *enfant,* âgé de cinq ans, *a déjà eu plusieurs fois des convulsions.*

Il y a deux mois environ, elle a été prise brusquement, sans cause connue pour elle, d'une *paralysie faciale* occupant le côté *gauche* de la face. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés ; à l'exploration électrique on ne constate qu'une légère diminution de la contractilité faradique.

Dans les deux observations qui précèdent, nos recherches sur les antécédents n'ont pas abouti à des résultats très précis et la question de l'hérédité nerveuse est restée en suspens, mais, malgré les lacunes qu'elle présente, l'histoire de ces deux malades n'en est pas moins probante et instructive. Les névralgies faciales dont la malade de la première observation a souffert à diverses reprises, la sciatique dont elle a été atteinte, sa vive impressionnabilité ne laissent aucun doute sur la susceptibilité native de son système nerveux. La paralysie faciale n'a pas été chez elle un accident isolé, c'est un trouble nerveux de plus à ajouter à ceux qui l'avaient précédée et qui constituent sinon des preuves absolues, du moins de fortes présomptions en faveur de l'existence d'une tare familiale.

Dans la deuxième observation, le terrain nerveux apparaît plus manifestement encore; les antécédents personnels suffiraient d'une part à prouver qu'il s'agit d'une névropathe; d'autre part, si l'enquête a été négative en ce qui concerne les ascendants et les collatéraux, les accidents nerveux dont ont été frappés les deux enfants de la malade (le mari de celle-ci n'étant ni nerveux, ni issu de souche névropathique) sont là pour attester l'existence de la diathèse nerveuse chez la mère.

Dans tous les faits dont la relation va suivre les indications sur les antécédents de famille sont nettes et concluantes et les preuves abondent en faveur de la prédisposition nerveuse héréditaire.

Observation III. — F... (Pauline), sans profession, quarante-un ans, se présente à l'hospice de la Salpêtrière le 9 juin 1887. Elle a une *paralysie faciale du côté gauche* qui date du 25 août 1885, soit depuis deux ans environ.

Antécédents de famille : Père bien portant, *mère très nerveuse*. Un *oncle* maternel est *épileptique*, une *sœur* de la malade est *morte de méningite* à l'âge de cinq ans.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. *F... est très nerveuse*, elle a souvent des *étouffements* (*boule hystérique*), *rêves et cauchemars, insomnies fréquentes*. Mariée depuis dix-huit ans, la malade n'a eu qu'un *enfant*, qui est *mort de méningite* à trois ans.

F... croit avoir pris froid la veille du jour où elle a été paralysée; elle ne sait toutefois, ajoute-t-elle, si c'est à un refroidissement ou aux contrariétés vives qu'elle a éprouvées à ce moment-là qu'elle doit rapporter l'hémiplégie faciale.

L'exploration électrique nous apprend que les muscles innervés par le facial inférieur gauche, quoique paralysés, fonctionnent à peu près normalement (légère diminution de l'excitabilité faradique); il n'en est pas de même pour les muscles placés sous la dépendance du facial supérieur et en particulier pour l'orbiculaire des paupières, qui est manifestement contracturé.

Observation IV. — D... (Jeanne), quarante-deux ans, employée dans une manufacture, se présente au service d'électrothérapie, le 2 juin 1887, avec une *paralysie faciale du côté gauche.*

Antécédents héréditaires : *Père* mort à cinquante-neuf ans *à la suite d'une attaque d'apoplexie; mère très nerveuse*, âgée aujourd'hui de soixante-dix ans, a été *enfermée pendant quelque temps dans un asile pour aliénation mentale.* Un *oncle* maternel *mort aliéné, deux sœurs* de la malade *mortes à la suite de maladies nerveuses* (?).

Antécédents personnels : *Convulsions dans l'enfance.* D... a eu, à plusieurs reprises, des poussées d'eczéma à la face; elle affirme n'avoir jamais eu d'attaques convulsives, mais elle avoue qu'elle est *très nerveuse;* elle se plaint surtout d'*étouffements* et d'une *sensation de constriction à la gorge*. Les régions ovariennes sont un peu sensibles sans être, à vrai dire, douloureuses; pas d'anesthésie.

L'hémiplégie faciale date du mois d'octobre dernier; la malade ne s'est pas exposée au froid et ne sait à quelle cause elle doit rapporter la paralysie. L'impotence fonctionnelle porte sur tous les muscles innervés par le facial gauche, à l'exception de l'orbiculaire des paupières qui, loin d'être paralysé, est, au contraire. contracturé. La contractilité faradique est diminuée dans tous les muscles du côté gauche de la face; contractilité galvanique normale.

Observation V. — S... (Françoise), cinquante-cinq ans, cuisinière, vient au service d'électrothérapie le 21 juin 1887; elle est *paralysée du côté gauche de la face.*

Antécédents de famille : *Père mort* depuis dix ans à la suite d'*une maladie nerveuse* (?). *Sa mère, qui souffrait habituellement de migraines et de névralgies, est morte,* il y a huit ans, après être restée *hémiplégique* du côté droit pendant trois ans. *Grand'mère maternelle, morte aliénée. Un frère* de S... est *paralysé* depuis son enfance.

Antécédents personnels : Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Depuis l'âge de vingt ans, *migraines* revenant une ou deux fois par mois. Il y a quelques années la malade a eu, à diverses reprises, des *attaques convulsives avec perte de connaissance.* Ces crises convulsives ne se sont pas renouvelées depuis deux ans environ; mais S... est toujours restée *très nerveuse et très impressionnable.* La paralysie date de deux mois environ; elle est survenue brusquement sans raison apparente pour le malade. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés; réaction de dégénérescence très nette dans les muscles frappés de paralysie.

Observation VI. — C... (Louis-François), employé de commerce, trente-quatre ans, vient au service d'électrothérapie le 21 juin 1887; il est atteint d'une *paralysie faciale droite.*

Antécédents de famille : *Père* a eu il y a trois ans une *hémiplégie du côté gauche* dont il est aujourd'hui incomplètement guéri; un *oncle* paternel est *aliéné; un autre oncle* du côté du père *souffre* habituellement de *névralgies de la face.* La mère est bien portante. C... a deux sœurs qui jouissent également d'une bonne santé.

Antécédents personnels : Le malade n'a jamais eu aucun accident nerveux; interrogé sur les causes de sa paralysie, C... nous dit qu'il ne sait à quoi l'attribuer; il n'a pas pris froid et l'hémiplégie, d'après lui, est survenue spontanément il y a deux mois.

L'examen électrique pratiqué par M. le Dr Vigouroux, chef du service d'électrothérapie, révèle l'existence de la réaction, de dégénérescence dans tous les muscles innervés par le facial droit.

OBSERVATION VII. — B... (Désirée), quarante ans, marchande de vins, vient au service d'électrothérapie de la Salpêtrière le 12 juillet 1887.

Antécédents héréditaires : Père mort, il y a dix ans, à l'âge de soixante ans à la suite d'une maladie de cœur. *Mère épileptique* morte il y a neuf ans; *un frère* de la malade *est choréique; un autre frère est épileptique.* B... a une *sœur* qui est *atteinte d'une maladie nerveuse* (?), *d'une maladie noire*, nous dit-elle.

Antécédents personnels : La malade nous raconte que depuis son enfance elle a toujours été *très nerveuse*, qu'elle a des *migraines* qui reviennent environ une ou deux fois par mois.

Le 1er juillet, elle s'est couchée laissant la fenêtre ouverte et le lendemain, elle s'est réveillée avec la *face paralysée du côté gauche*. L'exploration électrique nous apprend que la contractilité faradique est abolie et qu'il y a augmentation de l'excitabilité galvanique avec prédominance de l'anode (réaction de dégénérescence complète).

OBSERVATION VIII. — B... (Eugénie), couturière, vingt-sept ans, vient au service d'électrothérapie le 3 novembre 1887; elle est *paralysée du côté droit de la face.*

Antécédents héréditaires : *Père mort* il y a cinq ans à la suite d'*une maladie du cerveau* (?). La malade ne peut préciser davantage. Mère bien portante, trois frères en bonne santé; une *sœur âgée de quatorze ans atteinte de chorée* depuis dix-huit mois.

Antécédents personnels : Rougeole et variole dans la première enfance; à vingt ans, fièvre typhoïde; depuis cette dernière affection la malade est restée *très impressionnable*, mais elle n'a jamais eu d'attaques convulsives. L'hémiplégie de la face qui siège à droite date de deux mois; la malade l'impute au froid; elle nous raconte qu'elle a été exposée pendant une demi-heure à un vif courant d'air, que le soir même elle a eu des douleurs derrière l'apophyse mastoïde et le lendemain elle s'est réveillée paralysée du côté droit de la figure. Tous les muscles innervés par le facial droit participent à l'hémiplégie; réaction de dégénérescence complète.

OBSERVATION IX. — L... (Eugénie), âgée de vingt ans, employée dans une fabrique de caoutchouc, se présente au service d'électrothérapie le 5 janvier 1888 ; elle est atteinte depuis huit jours d'une *paralysie faciale qui occupe le côté droit de la face.*

Antécédents héréditaires : Père bien portant. *Mère* âgée aujourd'hui de quarante ans; *a fréquemment des attaques de nerfs; il y a trois ans elle présenta des troubles vésaniques qui nécessitèrent son admission dans une maison de santé, où elle resta pendant trois mois.*

Antécédents personnels : Irrégulièrement menstruée depuis l'âge de quatorze ans, la malade a eu dans la première enfance la rougeole, plus tard la fièvre typhoïde et la variole. *L... nous dit qu'elle est impressionnable et qu'elle souffre très souvent de violentes douleurs de tête*. Pas d'autre accident nerveux à signaler.

La paralysie faciale est survenue sans motif apparent; c'est le matin, au réveil, que L... s'en est aperçue. La paralysie est totale avec réaction de dégénérescence complète.

Observation X. — P... (Marrien), trente-trois, ans, cocher, se présente à la Salpêtrière le 21 janvier 1888; *il est atteint d'une paralysie faciale siégeant du côté droit*.

Antécédents héréditaires : *Son père, très nerveux, s'est noyé il y a treize ans* (*les renseignements que nous donne le malade au sujet de la mort de son père permettent de conclure au suicide*); sa mère est bien portante.

Antécédents personnels : Le malade n'a jamais eu d'accidents nerveux; mais il nous dit qu'il est très impressionnable et qu'il se frappe facilement.

L'hémiplégie faciale est survenue il y a onze jours; le malade s'en est aperçu le matin au réveil; il croit devoir rapporter l'hémiplégie à un refroidissement; la paralysie porte sur tous les muscles innervés par le facial droit. Réaction de dégénérescence partielle.

Observation XI. — H... (Julien), se présente à la consultation de M. Charcot le 7 février 1888; il est atteint depuis trois semaines d'une *paralysié faciale gauche;* le malade croit pouvoir l'attribuer au froid. Les renseignements qu'il nous donne sur les antécédents de sa famille et sur les siens sont les suivants :

Antécédents de famille : Son père est bien portant. Sa *mère,* nous dit-il, *a eu, durant de longues années, des crises nerveuses qui se terminaient par un sommeil se prolongeant pendant une à deux heures. Frère rhumatisant qui est également névropathe.*

Antécédents personnels : H... est *très nerveux, d'une impressionnabilité excessive; il pleure facilement.* Il y a deux ans, à la suite *de préoccupations, il a eu des idées noires; cet état psychique a persisté pendant trois mois.*

La paralysie faciale est totale, elle s'accompagne de troubles du goût. A l'exploration électrique pratiquée par M. le docteur Vigouroux, on trouve tous les caractères de la réaction de dégénérescence complète.

Dans les faits précités, ce sont surtout les grandes névroses et les affections du groupe psychopathique

qui occupent la première place parmi les maladies des ascendants et des collatéraux. Il en est encore ainsi dans les deux observations suivantes, mais nous y trouvons de plus l'ataxie locomotrice dont les affinités avec les psychoses sont aujourd'hui bien connues et nettement établies.

OBSERVATION XII. — D... (Marie), trente ans, employée dans une maison de commerce, vint nous consulter le 11 octobre 1887.

Antécédents héréditaires : Mère morte phtisique, *père ataxique*. — La malade a *trois sœurs* qui toutes sont *très nerveuses; l'une d'elles a fréquemment des attaques convulsives.*

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. *Depuis deux ans, D... a un engourdissement dans la main droite et particulièrement limité dans la région innervée par le nerf cubital.* Cet engourdissement se manifeste exclusivement le matin au réveil. La malade n'a pas eu d'autres accidents nerveux et paraît, du reste, jouir d'une bonne santé.

La *paralysie faciale* qui occupe le côté *gauche* de la figure est survenue sans cause connue pour D... Elle date de six mois environ (20 avril 1887). La malade s'était couchée très bien portante, le lendemain elle se réveillait avec la face paralysée du côté gauche. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés; la contractilité électrique est normale.

OBSERVATION XIII. — R... (Mariette), soixante ans, vient nous consulter le 30 juin 1887.

Antécédents de famille : *Grand-père paternel* mort après avoir été *enfermé* pendant dix ans *dans un asile d'aliénés. Père* mort *ataxique* à l'âge de cinquante-huit ans, *mère, très nerveuse,* est morte à l'âge de soixante ans à la suite d'un cancer utérin.

Antécédents personnels : La malade, bien réglée depuis l'âge de quinze ans, *a toujours été très nerveuse ;* elle souffre habituellement de *migraines. Il y a douze ans*, elle a été prise sans cause connue d'une *paralysie faciale du côté droit ;* cette hémiplégie de la face a duré deux mois et s'est terminée par la guérison complète.

Il y a quinze jours Mariette R... s'est réveillée le matin avec une *nouvelle paralysie faciale* occupant cette fois-ci le côté gauche. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés, les réactions électriques sont normales.

En dehors de la valeur que les antécédents héréditaires du sujet donnent à cette dernière observation, il convient de signaler une autre particularité; c'est la récidive de la paralysie de la septième paire. Ces récidives, qui ne sont pas signalées par les auteurs classiques dans l'histoire de la paralysie faciale, sans être très communes, ne doivent néanmoins pas être considérées comme des faits exceptionnels. M. Charcot nous en a cité quelques-uns. Nous en avons mentionné deux exemples dans notre premier travail : il s'agissait dans l'un des cas d'un malade qui, après avoir eu, à l'âge de treize ans, une hémiplégie faciale du côté droit, en eut une autre du même côté à l'âge de trente-sept ans; le second cas se rapportait à un sujet qui, en moins de trois ans, fut atteint de trois paralysies faciales l'une du côté droit et les deux autres du côté gauche de la face. Mobius, qui avait déjà fait connaître un cas de paralysie faciale récidivante (*Med.Jahrb.*, t. CCVII), rapporte deux nouveaux faits de ce genre (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1886). Dans l'une de ces observations, il est question d'un homme de cinquante-huit ans qui, à la suite d'un refroidissement, avait eu en 1868 une paralysie faciale à droite. Puis, en 1876, il avait été pris d'une nouvelle paralysie faciale, mais cette fois à gauche. Enfin en 1886, après une course dans une voiture ouverte, il vit se développer encore une fois la paralysie faciale à droite.

M. Charcot nous a cité le cas d'une femme qui a eu jusqu'à quatre accès de paralysie faciale, alternant à droite et à gauche. Tout récemment le professeur Troschel (de Kiew) communiquait à M. Charcot l'his-

toire d'un malade hystéro-épileptique qui a été atteint deux fois de paralysie faciale. Voici le résumé de cette observation dont M. le professeur Charcot a bien voulu nous donner connaissance :

OBSERVATION XIV. — David F..., rabbin, âgé de trente-six ans, appartient à une famille juive orthodoxe.

Fièvre typhoïde à l'âge de dix ans. *Il y a huit ans, première paralysie de la face du côté gauche* dont il ne reste plus de trace; *il y a quatre ans, deuxième paralysie faciale du côté droit*, incomplètement guérie.

Depuis deux ans, le malade est en proie à des *attaques hystéro-épileptiques* qui reviennent environ toutes les six semaines et se montrent toujours le soir. Ces attaques présentent les phases classiques de l'hystéro-épilepsie : période épileptiforme, période des grands mouvements, etc.

Les faits dont il vient d'être question montrent bien que la paralysie faciale peut récidiver et que ces récidives, ainsi que nous l'avons déjà dit, sont loin d'être aussi rares qu'on l'avait cru jusqu'à présent.

Chez les deux malades des OBSERVATIONS XII et XIII, nous avons relevé l'ataxie locomotrice parmi les affections nerveuses des ascendants; dans l'observation suivante, nous verrons encore figurer la sclérose des cordons postérieurs, mais ce n'est plus chez les ascendants, mais chez le sujet lui-même que nous retrouvons le tabes. Voici le résumé de cette très intéressante observation prise dans le service de M. le professeur Charcot par M. Blocq, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous en donner communication :

OBSERVATION XV. — P... (Joseph-Bertrand), âgé de trente-sept ans, télégraphiste, entre au service de M. Charcot le 24 octobre 1887.

Antécédents héréditaires : Grand-père et grand'mère paternels sans affection nerveuse ; père rhumatisant mort d'une affection

cardiaque. *Grand-père maternel aurait eu une affection nerveuse qu'on cachait dans la famille ; grand'mère maternelle très nerveuse ; mère morte diabétique ; une tante maternelle migraineuse et morte hémiplégique ; un cousin germain de la mère mort aliéné.*

Antécédents personnels : Rougeole, scarlatine et fièvre typhoïde dans l'enfance. En 1880 le malade a contracté *la syphilis.* Au mois de mars 1881, trois mois après l'apparition des accidents syphilitiques, le malade s'est aperçu qu'il ne pouvait plus ouvrir qu'incomplètement l'œil droit ; le ptosis dura cinq mois environ. *En 1883*, trois ans après le début de la syphilis, ont paru les premières *douleurs fulgurantes*, se manifestant surtout dans la cuisse droite ; depuis ce temps, ces crises douloureuses n'ont pas cessé de se reproduire plusieurs fois par jour en augmentant de fréquence et d'intensité. A ces phénomènes tabétiques, il convient d'ajouter l'affaiblissement des organes génitaux, des troubles vésicaux (incontinence d'urine) et de la diplopie qui ne s'est montrée qu'en 1886.

Il y a huit jours, le malade a été pris d'une *paralysie faciale gauche* qu'il croit devoir rapporter au froid, se trouvant exposé à un courant d'air perpétuel dans le bureau où il travaillait. L'hémiplégie de la face est complète, les réactions électriques sont normales.

L'observation qui précède est instructive sous tous les rapports. La question de l'hérédité nerveuse s'y trouve parfaitement élucidée; le sujet est de souche névropathique, les affections vésaniques qui ont prédominé chez tous ses parents du côté maternel ne laissent subsister aucun doute à cet égard. Cet homme, ainsi prédisposé, devient ataxique, et au cours de la maladie, il prend une paralysie faciale. Il est à peine besoin de dire qu'il ne s'agit pas ici d'une hémiplégie faciale d'origine tabétique; on sait, en effet, que l'hémiplégie de la septième paire ne figure pas au nombre des phénomènes céphaliques du tabes. La paralysie de la face est également indépendante de la syphilis, car dans la syphilis cérébrale, si le facial vient à être touché, la paralysie est presque joujours partielle et le facial supérieur reste indemne; tel n'est pas le cas

de cet homme qui a été frappé d'une paralysie faciale complète. Quelque sceptique que l'on soit à l'endroit du rôle de la prédisposition nerveuse daus l'étiologie de la paralysie faciale, il faut cependant convenir que, dans l'espèce, le froid a eu beau jeu pour déterminer une hémiplégie de la face; nous pourrions en dire tout autant, quoique cela sorte de notre sujet, de l'action de la syphilis qui a trouvé les voies bien préparées et bien favorablement disposées pour l'évolution de l'ataxie locomotrice.

Voici un autre cas non moins intéressant. La famille névropathique y est encore plus largement représentée que dans le précédent; on y rencontre à la fois la consanguinité des parents, le bec de lièvre, l'hystérie, l'ataxie locomotrice, la paralysie générale et la folie :

Observation XVI. — D... (Adrienne), âgée de quatorze ans, a été atteinte il y a cinq mois d'une *paralysie faciale du côté droit.* Cette hémiplégie est survenue brusquement le 5 février 1887 sans cause connue. Ni la malade, ni les parents ne savent à quoi rapporter l'hémiplégie.

Antécédents héréditaires : Adrienne D... est née de *parents consanguins* (*cousins germains*); le père est bien portant, la *mère* est *nerveuse, a eu souvent des crises hystériques* ; *une sœur de la malade est morte à la suite de l'opération d'un bec de lièvre double compliqué. Un oncle paternel* est *mort* il y a deux ans *paralytique général ; une sœur du père, atteinte d'aliénation mentale, s'est suicidée ; un oncle du père est tabétique.*

Antécédents personnels : Adrienne D... a toujours été *très nerveuse*, mais n'a jamais eu de crises convulsives; rougeole dans l'enfance.

La paralysie faciale intéresse tous les muscles innervés par le facial droit, faible diminution de la contractilité faradique: les muscles zygomatiques sont légèrement contracturés.

L'arthristisme, la goutte et le diabète coïncident fréquemment avec les maladies du système nerveux et

leur combinaison avec les névropathies n'est pas rare, on le sait. Les deux observations qui vont suivre en sont des exemples frappants :

OBSERVATION XVII. — Th... (Louis), charcutier, âgé de dix-sept ans, se présente au service d'électrothérapie le 9 juin 1887 avec une *paralysie de la face* (*côté droit*).

Antécédents héréditaires. Grand-père paternel, mort d'hémorrhagie cérébrale; *père arthritique, a souvent des poussées d'eczéma de la face; une tante paternelle est atteinte de rhumatisme noueux. Mère nerveuse, souffre fréquemment de maux de tête et de douleurs névralgiques dans la figure; une sœur du malade est hystérique, une autre sœur est rhumatisante.*

Antécédents personnels : Rougeole et varicelle dans l'enfance, n'a jamais eu de convulsions. *Depuis deux ans, poussées d'eczéma à la jambe gauche.* La mère de Th..., qui accompagne son fils, nous dit que celui-ci est d'une *impressionnabilité très vive* et qu'il se met facilement en colère.

Tous les rameaux du facial droit sont paralysés, l'hémiplégie date de quinze jours ; elle est survenue sans cause apparente pour le malade. L'examen électrique nous révèle l'existence de la réaction de dégénérescence complète.

OBSERVATION XVIII. — M... (Louise), vingt-huit ans, vient nous consulter le 3 novembre 1887 ; elle est atteinte d'une *paralysie faciale du côté droit* ; la malade nous donne les renseignements suivants sur ses :

Antécédents de famille : *Grand-père paternel goutteux*, *père également goutteux*, *un oncle paternel rhumatisant, un autre oncle paternel diabétique*, *mère rhumatisante*, *une tante maternelle migraineuse, une autre tante du côté de la mère atteinte d'eczéma chronique;* la malade a *une sœur plus jeune* qu'elle *qui est choréique.* Elle nous dit qu'elle a toujours été *très impressionnable, qu'elle s'emporte facilement; convulsions dans l'enfance, névralgies faciales fréquentes.*

La paralysie faciale date de cinq jours, la malade ne sait quelle cause incriminer; le 28 octobre, elle s'était couchée très bien portante et le lendemain elle se réveillait avec la figure paralysée. L'hémiplégie faciale est complète ; réactions électriques normales.

Nous avons déjà indiqué dans notre premier travail que la paralysie faciale (c'est là encore un caractère important qui la rapproche de certaines autres mala-

dies héréditaires du système nerveux) pouvait se rencontrer à l'état d'affection familiale et nous avons rapporté, à l'appui, une triple observation concernant une jeune fille et ses deux frères qui, tous trois, avaient été frappés d'hémiplégie de la septième paire. Voici encore un fait du même genre :

Observation XIX. — D... (Alexandre), vingt-cinq ans, papetier, vient au service d'électrothérapie de la Salpêtrière le 16 juillet 1887. Il est atteint d'une *paralysie faciale gauche.*

Antécédents héréditaires : Père mort à la suite d'une tumeur abdominale; *mère,* âgée de soixante ans, *très nerveuse, a des attaques convulsives* qui reviennent tous les quinze à vingt jours ; *une tante maternelle épileptique. Sœur, âgée de trente-trois ans, a eu, il y a huit ans à la suite d'une émotion vive, une paralysie faciale du côté droit qui a duré trois semaines environ. Une autre sœur de D..., âgée de vingt ans, a eu l'année dernière une hémiplégie de la face survenue sans cause connue* et qui, après avoir persisté pendant deux mois, s'est terminée par la guérison.

Antécédents personnels : Rougeole et *convulsions dans l'enfance.* D... nous affirme qu'il a toujours été bien portant, quoique nerveux. La paralysie faciale chez ce malade date de trois semaines ; il ne s'est pas exposé au froid et ne sait à quelle cause la rapporter; l'exploration électrique nous apprend que les réactions faradique et galvanique sont conservées.

Il nous reste maintenant à parler d'un fait bien plus curieux encore que tous ceux qui précèdent; il s'agit de l'histoire d'une famille de névropathes voués pour ainsi dire à la paralysie faciale. Cette remarquable observation, dont nous sommes redevable à M. le professeur Charcot, ne comprend pas moins de cinq cas de paralysie de la septième paire, observés chez des membres de la même famille. Ce n'est plus seulement, comme dans les autres cas relatés jusqu'à présent, la diathèse nerveuse qui se manifeste sous une forme plus ou moins éclatante, c'est l'hérédité directe, similaire, mise en pleine lumière, c'est la paralysie

faciale se montrant sans interruption dans trois générations successives.

Pour mieux faire ressortir les points saillants de cette observation, nous avons préféré la reproduire sous forme de tableau généalogique.

Mme A... 60 ans.	1re sœur de Mme A... 70 ans.	2e sœur de Mme A.. 57 ans.
Névropathe. *Paralysie faciale* complète du côté gauche, terminée par contracture.	Névropathe ; névralgies intercostales, névralgie sciatique gauche. *Paralysie faciale* complète du côté gauche, terminée par la guérison.	*Paralysie faciale* complète du côté droit, terminée par guérison au bout de trois mois.
Sa fille, Mme M... Cousine germaine de M. M... son mari.	Son fils, M. M..., 42 ans. Cousin germain de sa femme. *Ataxique* (douleurs fulgurantes, absence des réflexes tendineux, parésie vésicale, pas d'incoordination.) *Paralysie faciale* gauche, à la suite d'un froid, guérie au bout de 15 jours.	

Ont :

1° Une fille de 16 ans atteinte au mois de février 1887 de *Paralysie faciale* complète du côté gauche, à la suite d'un froid, guérie au bout d'un mois.

2° Un fils de 13 ans *Choréique.*

Cette dernière observation se passe de commentaires : les faits sont assez éloquents par eux-mêmes et les réflexions dont nous pourrions les accompagner n'ajouteraient rien à leur valeur.

Nous avons terminé l'exposé des documents cliniques. Aux 17 cas de paralysie faciale consignés dans notre premier travail viennent s'ajouter 24 faits nouveaux; toutes ces observations, tant par leurs caractères généraux que par les particularités saillantes de chacune d'elles, témoignent hautement en faveur de l'action prépondérante de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale, dite *a frigore.* En présence d'enseignements aussi probants, on n'est plus en droit de dire que la paralysie du nerf facial

est une affection fortuite, accidentelle, pouvant surgir inopinément chez un sujet quelconque. Les choses ne se passent pas ainsi ; les malades atteints de paralysie de la septième paire sont tous ce qu'on pourrait appeler des nerveux de race, chez lesquels on retrouve, sous des aspects plus ou moins variés, l'empreinte manifeste et irrécusable de l'hérédité neuropathique. Dans de pareilles conditions, avec un organisme ainsi approprié, avec un terrain ainsi longuement préparé, tous les prétextes seront bons, toutes les causes seront efficaces pour réveiller la diathèse nerveuse ; il suffira d'une perturbation physique, intellectuelle ou morale pour déterminer l'explosion, mais ces facteurs occasionnels, dont nous ne contestons pas d'ailleurs l'influence secondaire, ne constituent que des causes tout à fait accessoires et ce ne sont, à vrai dire, que des comparses, auxquels on avait à tort, jusqu'à présent, attribué les premiers rôles. Ces causes sont, du reste, inconstantes et essentiellement variées : tantôt c'est un froid qui paraît avoir provoqué la paralysie ; d'autres fois, c'est une émotion ; d'autres fois encore, c'est une fatigue intellectuelle. Dans la majorité des cas, l'origine apparente de l'hémiplégie échappe au malade et au médecin, et la maladie semble alors être née de toutes pièces ; ces agents provocateurs ne sont donc pas indispensables, et leur concours, n'étant pas absolument nécessaire, leur appoint, dans les cas où réellement ils entrent en jeu, ne peut être que minime dans la genèse de la maladie. Seule la prédisposition nerveuse se retrouve dans tous les cas, parce que seule, sans aucune autre intervention, sans autre levier, elle peut faire éclore le mal.

Dans cette étude sur l'étiologie de la paralysie faciale, nous avons jusqu'ici laissé complètement de côté l'influence de l'âge et du sexe; le nombre des observations que nous avons pu recueillir n'est, du reste, pas assez grand pour nous permettre de conclure à cet égard d'une façon précise. Pour ce qui concerne l'âge toutefois, il semble bien certain, et en cela nous sommes d'accord avec les auteurs classiques, que si la paralysie faciale peut surgir à tout âge, elle est plus fréquente chez les jeunes sujets et en particulier de vingt à quarante ans, qu'à toute autre époque de l'existence.

Quant au sexe, il paraît avoir une influence plus marquée et l'ensemble des faits qui se sont offerts à notre observation tendrait à prouver que la maladie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Les cas que nous avons rapportés peuvent, en effet, se décomposer de la manière suivante : nombre total des sujets, 41 : femmes, 23 ; hommes, 18. Est-ce là une simple coïncidence ? Nous ne le croyons pas, et, sans vouloir être trop affirmatif, nous serions volontiers disposé à admettre que ces chiffres représentent exactement les proportions d'après lesquelles la maladie se répartit entre les deux sexes. Les hommes étant, de par leur condition sociale, plus souvent exposés aux atteintes du froid que les femmes, la fréquence plus grande de la paralysie faciale chez celles-ci serait, d'une part, un argument de plus à faire valoir contre l'étiologie *a frigore* et, d'autre part, elle viendrait plaider en faveur de l'essence nerveuse de la maladie.

Il est incontestable, en effet, que la femme est plus

entachée de nervosisme que l'homme et que certaines maladies nerveuses, les névroses en particulier, trouvent chez elle un champ plus favorable à leur développement. Nous ne pensons pas devoir insister davantage sur cette question de l'influence des sexes, car, ainsi que nous l'avons déjà dit, notre statistique ne porte pas sur des faits assez nombreux pour permettre de formuler des conclusions fermes et définitives. Il n'est, du reste, pas besoin de cette nouvelle preuve, qui ne serait qu'une preuve d'ordre secondaire, pour mettre en lumière la vraie cause de la paralysie faciale. L'histoire des malades, l'histoire de leurs ascendants et de leurs collatéraux, le caractère d'affection familiale que la maladie peut revêtir dans certains cas, la possibilité de la transmission héréditaire directe dont nous avons rapporté un exemple si frappant, ne laissent subsister aucun doute sur le rôle capital que joue la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite *a frigore*.

Après avoir établi la véritable origine de l'hémiplégie de la face, il reste à préciser davantage les liens qui l'unissent aux diverses affections du système nerveux. Confinant à l'arthritisme, se rattachant par de nombreux traits d'union à toutes les maladies nerveuses, la paralysie faciale est parente à un degré beaucoup plus rapproché des vésanies et des névroses que des autres membres de la famille neuropathologique. Il suffit, pour s'en assurer, de jeter un coup d'œil sur les faits consignés dans ce travail : on est frappé de voir que, parmi les maladies relevées chez les ascendants ou chez les collatéraux des sujets atteints de paralysie de la septième paire, on retrouve toujours,

soit les grandes névroses, comme l'épilepsie, l'hystérie ou la chorée, soit les vésanies, soit enfin la paralysie générale progressive. Les maladies de la moelle épinière n'y figurent que très rarement, seule la sclérose des cordons postérieurs fait exception à cette règle, mais ne sait-on pas que les troubles psychiques sont fréquents dans le tabes et que la paralysie générale vient souvent se greffer sur l'ataxie locomotrice progressive? l'exception n'est donc qu'apparente. Si après avoir considéré les maladies des ascendants nous regardons du côté des sujets eux-mêmes, nous rencontrons encore la chorée, puis les migraines, les convulsions, le tic convulsif, nous nous trouvons en face d'individus atteints de neurasthénie, d'individus irritables, émotifs, impressionnables à l'excès, tout semble concorder pour dire à l'observateur que chez les sujets frappés de paralysie de la face, c'est le cerveau qui constitue le *locus minoris resistentiæ*.

Ce n'est là assurément qu'une hypothèse, mais nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la paralysie faciale ne nous autorisent pas à aller au delà. Les autopsies faisant défaut, les données que nous avons sur ce point sont encore très restreintes. L'exploration électrique, il est vrai, peut nous guider, au moins dans certains cas, et nous révéler que le nerf facial est lésé, qu'il y a une altération dégénérative, dont l'intensité plus ou moins marquée se traduit par une série de modifications dans les réactions électriques. C'est sur ces variations dans l'état électrique des nerfs et des muscles qu'Erb a basé sa classification des paralysies faciales qu'il a divisées en trois groupes : dans le premier groupe

(forme légère), il n'y a aucune anomalie dans l'éxcitabilité faradique ou galvanique des nerfs et des muscles; c'est la forme essentiellement bénigne dont la guérison ne demande habituellement qu'un délai de vingt à vingt-cinq jours. Au deuxième groupe se rattachent les hémiplégies de la face d'intensité moyenne : vers la fin de la première semaine on peut constater une légère diminution de l'excitabilité des nerfs; puis dans le cours de la deuxième et de la troisième semaine apparaissent dans les muscles les modifications caractéristiques de la réaction de dégénérescence (secousse lente avec prépondérance de la secousse de fermeture à l'anode). Là le pronostic est encore relativement favorable et la maladie guérit dans l'espace de un à deux mois. Dans le troisième groupe viennent se ranger les paralysies à forme grave avec réaction de dégénérescence complète; diminution, puis abolition de l'excitabilité galvanique et faradique des nerfs; perte de l'excitabilité faradique des muscles; augmentation quantitative et altération qualitative de l'excitabilité galvanique des muscles; augmentation de leur excitabilité mécanique. La guérison sera lente, elle demandera des mois entiers et plus encore; très souvent elle sera incomplète.

Telle est la classification très judicieuse établie par Erb. Mais si l'on ne veut pas s'exposer à des surprises et à des mécomptes il ne faut pas oublier qu'elle comporte de nombreuses exceptions. Brenner rapporte un exemple de paralysie faciale guérie en peu de temps et qui cependant dès les premiers jours présentait une légère diminution de l'excitabilité galvanique et faradique. Le même auteur relate un autre cas qui

avait les apparences d'une forme grave avec tous les caractères de la réaction de dégénérescence totale et qui guérit cependant complètement dans l'espace de six semaines. M. Déjerine a communiqué à la Société de biologie (séance du 9 août 1884) un cas de paralysie faciale grave suivi d'autopsie dans lequel il a signalé l'absence presque totale de modifications des réactions électriques. La paralysie faciale chez ce malade, complète dès les premiers jours, durait depuis plus d'un mois, sans que la contractilité musculaire et l'excito-motricité du nerf fussent modifiées d'une façon marquée; la différence entre le côté sain et le côté malade était minime et nullement en rapport avec l'intensité et la durée de la paralysie; au lieu de trouver la réaction de dégénérescence complète, on constatait au contraire un état presque normal de la contractilité faradique. L'examen histologique du nerf facial qui permit de reconnaître l'intégrité de la grande majorité des tubes nerveux rendait compte du peu d'altération de la contractilité électrique, mais n'expliquait en rien l'intensité de la paralysie. M. Déjerine terminait ainsi sa communication : « Il est difficile, pour ne pas dire plus, de comprendre une paralysie faciale par compression, persistant plus d'un mois (jusqu'à la mort), sans que tous les faisceaux nerveux participent à la dégénération. En d'autres termes, dans ce cas, le nerf facial était soumis à une compression suffisante pour empêcher la volonté de passer mais cette compression était impuissante pour amener la dégénérescence du nerf, et partant des troubles marqués dans l'état de la contractilité. »

Nous avons eu également occasion d'observer des hémiplégies de la face dans lesquelles les résultats fournis par l'examen électrique ne s'accordaient en aucune façon avec l'intensité et la durée de la maladie; et nous avons vu des paralysies faciales ne s'accompagnant d'aucun changement dans les réactions électriques persister pendant des mois entiers et ne se terminer que par une guérison incomplète.

Il ressort de ces faits que tout en reconnaissant, tant au point de vue du pronostic que du diagnostic, une grande importance à l'exploration électrique, il ne faut pas s'en exagérer la valeur et ne pas lui demander des indications d'une rigueur absolue. Il n'y a pas lieu de s'étendre plus longuement sur cette question incidente de l'exploration électrique et si nous avons fait cette digression, c'est uniquement pour montrer qu'en l'absence d'autopsies et avec les moyens d'investigation que nous possédons, il est difficile de pénétrer la nature intime de la paralysie faciale dite *a frigore*.

En présence de ces incertitudes, en présence de ces données encore si obscures sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, est-il vraiment légitime d'englober, sans réserves aucunes, sous le nom de paralysies faciales périphériques, toutes les hémiplégies de la face qui s'offrent à notre observation à l'état de paralysies isolées? Nous ne le pensons pas. Il y a là des divisions à établir et si le classement ne peut se faire dès à présent, il est du moins à prévoir qu'il s'opérera dans l'avenir et qu'on arrivera à distraire de ce groupe de paralysies faciales, réputées périphériques, un certain nombre d'hémiplégies de la septième

paire dont le point de départ semble être plutôt dans les centres nerveux que dans la périphérie.

En réalité la physiologie et l'anatomie pathologique de la paralysie faciale sont encore à faire et dans l'état actuel de la science nous en sommes réduits aux hypothèses, mais quel que soit exactement le substratum anatomique de la paralysie faciale, la question étiologique n'en reste pas moins la même. Nous insistons sur ce point, ne serait-ce que pour répondre à une critique qui nous a été adressée, au sujet de notre premier mémoire, par un auteur allemand, M. Edinger. « Il est difficile, dit M. Edinger (*Fortschritte der Medicin*. Déc. 1887), d'admettre l'influence de la prédisposition nerveuse dans une maladie s'accompagnant de lésions anatomiques qui, nous le savons, consistent en une altération totale ou partielle des fibres nerveuses comme nous l'enseigne d'ailleurs l'étude des réactions électriques. »

En quoi l'existence de lésions anatomiques, alors même que celles-ci seraient constantes, peut-elle infirmer notre manière de voir? La paralysie générale progressive, l'ataxie locomotrice, la paralysie infantile, ne sont-elles pas des affections à lésions bien déterminées et nettement caractérisées? est-ce une raison pour dénier à l'hérédité la part prépondérante qui lui revient dans la genèse de ces maladies? Assurément non. Les objections de M. Edinger sont donc mal fondées et elles ne peuvent atténuer en rien la valeur des arguments et des preuves cliniques qu'il nous a été donné de produire dans le cours de ces études.

Quoi qu'il en soit, que la paralysie faciale dite *a*

frigore soit organique ou *sine materia*, qu'elle puisse toujours être rattachée à une altération du nerf ou que parfois son origine première doive être cherchée dans l'encéphale, la cause dominante n'en est pas moins la prédisposition nerveuse héréditaire.

L'histoire de la paralysie faciale, si improprement appelée *a frigore*, vient ainsi se modeler sur celle des autres maladies du système nerveux et l'étude des conditions étiologiques qui président à son développement nous montre une fois de plus qu'en pathologie nerveuse, il n'y a qu'une seule cause constante et nécessaire, c'est l'hérédité, dont le rôle prépondérant a, depuis de longues années déjà, été mis en relief par M. le professeur Charcot, dans ses leçons de la Salpêtrière.

DE L'ÉPILEPSIE PROCURSIVE[1];

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

VI. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le nombre des autopsies de malades atteints d'épilepsie procursive ou d'accidents procursifs est assez restreint, soit parce que les cas en sont peu nombreux, soit parce que la transformation parfois complète de l'épilepsie procursive en épilepsie commune ne permet pas souvent, faute de renseignements suffisants,

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, vol. XIII, p. 321; — vol. XIV, nos 40 et 41, p. 55 et 235, juillet et septembre 1887; — vol. XV, nos 43 et 44, p. 75 et 227, janvier et mars 1888.

de porter un diagnostic rétrospectif. Nous avons déjà parlé incidemment des lésions rencontrées à l'autopsie de malades dont nous avons rapporté l'observation; voici maintenant un cas d'épilepsie procursive proprement dite, observé assez longuement et suivi d'autopsie ayant montré, outre des lésions cérébrales plus ou moins disséminées, une *lésion cérébelleuse* à laquelle il nous semble possible de rattacher les *phénomènes procursifs* observés pendant la vie.

OBSERVATION LIV. — *Tante paternelle scrofuleuse. — Mère migraineuse. — Grand-père maternel alcoolique. — Grand'mère maternelle morte phthisique.*

Vertiges à cinq ans. — Accès procursifs avec aura à sept ans. — Déchéance intellecluelle à partir de douze ans. — Rougeole à quatre ans. — Nitrate de pilocarpine; — curare. — Démence; — grincement de dents. — Gâtisme; affaiblissement progressif; état de mal. — Pyo-pneumo-thorax consécutif. — Mort.

AUTOPSIE. — *Ganglions iléo-cæcaux calcifiés; — pyo-pneumothorax; péricardite purulente; athérome de l'espace sous-aortique. — Tuberculose pulmonaire crétacée.*

Quelques adhérences pie-mériennes; — atrophie et sclérose du lobe cérébelleux gauche;—inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux et entre les hémisphères cérébelleux.

Duch... (Pierre-Nicolas), né le 26 février 1861, est entré le 18 décembre 1876 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) et y est décédé le 16 septembre 1885.

Renseignements fournis par le père et la mère (7 septembre 1885). — *Père*, cinquante-neuf ans, cocher, assez corpulent, aurait eu en 1867 une « fièvre cérébrale »[1]; n'aurait jamais fait d'excès de boisson; pas de migraines, pas de maux de tête, épistaxis fréquentes vers l'âge de douze ans. — [*Père*, journalier, mort à l'âge de soixante et onze ans, on ne sait de quoi. — *Mère* morte de vieillesse (?) à l'âge de soixante-dix ans environ; elle était sujette à des maux de tête. — Une *sœur*, soixante-quatre ans, abcès scrofuleux. — *Frère*, mort à soixante-deux ans environ, a eu deux enfants très bien portants. D'autres sœurs sont mortes l'une de

[1] Début par un tremblement, pas de délire.

la coqueluche et l'autre d'une affection qu'on ne peut préciser; celle-ci a laissé des enfants bien portants. — Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas de suicides, etc., dans la famille.]

Mère, soixante ans, assez grande, brune, fait son ménage, tenait un garni avant la guerre; toujours bien portante, ni migraineuse, ni nerveuse; elle a eu, il y a deux ans, un abcès à la jambe droite avec fistule. [*Père*, enfant naturel, mort *alcoolique*, à l'âge de soixante ans environ. — *Mère* morte à trente-cinq ans de *bronchite*. — Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas de suicides, etc., dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Notre malade.—*Grossesse bonne*.—*Accouchement* normal, à terme, sans chloroforme. L'enfant était bien conformé, il a été nourri au sein par sa mère jusqu'à deux ans; il a commencé à parler de bonne heure; il parlait convenablement et marchait bien à dix-huit mois; plus tard on le mit à l'école où il apprenait bien. Il n'aurait jamais eu de convulsions. Les *vertiges* auraient débuté dès l'âge de cinq ans. Les parents nous les décrivent de la manière suivante: « Ça venait comme un étouffement, il cherchait à respirer, la face se décomposait, ça ne débordait pas. » « Ma femme le prenait, ça passait. » Les vertiges se montraient sans aura, environ tous les huit jours; s'il marchait, il s'arrêtait tout d'un coup.

Les premiers *accès* se seraient montrés vers sept ans. Duch... prévenait alors en disant: « Papa, maman »; il criait, puis *courait*. La *procursion* était très courte, quelques mètres, jusqu'à ce qu'il trouvât un objet ou une personne à qui s'accrocher; s'il ne trouvait rien, il tombait. Il était comme *poussé violemment* et la *procursion* n'était pas une simple marche. Les accès survenus, les vertiges ont disparu en grande partie, quelquefois cependant « la crise ne débordait pas »; s'il s'accrochait à quelque chose il poussait un soupir et c'était fini quand on arrivait à temps pour lui frapper entre les deux épaules.

Les accès ont augmenté progressivement; ils revenaient d'abord toutes les trois semaines, puis tous les quinze jours. Vers douze ans la mémoire a commencé à faiblir; il tombait alors fréquemment de nuit et de jour jusqu'à cinq fois dans les mêmes vingt-quatre heures (tête à gauche, ronflement, bave)[1].

Avant les accès il devenait méchant, coléreux. — A son entrée à Bicêtre la parole se bornait aux mots: « Merde, sale vache. » Il crachait au visage des gens sans être en colère.

[1] Il est très difficile d'obtenir des renseignements bien précis, le père et la mère étant d'une intelligence au-dessous de la moyenne. De plus la mère parle mal le français.

Rougeole vers trois ans, puis beaucoup de dartres. — *Fracture* de la jambe droite à huit ans (chute d'une charrette).

Etat actuel (21 mai 1883). — *Tête* carrée, symétrique, sans proéminence de l'occipital qui est surmonté par un méplat médian et régulier; les bosses pariétales et frontales sont peu développées, les apophyses mastoïdes sont assez développées, régulières, symétriques et de même volume de chaque côté. — *Cheveux* châtain foncé; cicatrices de 4 à 5 centimètres à gauche à l'union du pariétal et de l'occipital, une autre plus petite vers la partie médiane et s'étendant à gauche à la partie supérieure de l'occipital. — *Front* peu développé (avec nombreuses rides transversales), fortement déprimé latéralement; ces dépressions régulières, symétriques, partent environ d'un à un et demi centimètre du bord interne du sourcil; de ce fait les arcades sourcillères paraissent proéminentes. Cicatrice oblique de haut en bas partant de la partie médiane au niveau de la suture fronto-pariétale gauche.

Distance d'une oreille à l'autre en passant par le vertex.	32,5
Grande circonférence horizontale.	56
Diamètre antéro-postérieur	18
Grand diamètre transversal	15
Petit diamètre transversal	14

Oreilles (5 cent. et demi), un peu écartées du crâne, assez bien ourlées dans les deux tiers supérieurs. Le lobule est presque absent à droite, peu développé à gauche. — *Face* ovale, asymétrique, joues creuses; la partie gauche de la face paraît moins développée que la droite, la région malaire moins proéminente. Les cils et les sourcils moyennement abondants sont châtain clairs, les premiers assez longs. Les yeux sont gris, bien fendus, pas de strabisme, *pupilles égales*. — L'œil gauche paraît être légèrement sur un plan moins élevé que le droit; il est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans.

Le *nez* est large et aplati dès son origine. Son extrémité antérieure est un peu relevée. Les ailes sont peu élevées et peu prononcées; la narine droite paraît plus grande que la gauche. Moustaches d'un blond pâle. La bouche, petite, mesure 5 centimètres; la lèvre supérieure est normale, l'inférieure plus épaisse débordant légèrement, la supérieure est un peu plus épaisse à gauche qu'à droite. Menton rond, à légère fossette, recouvert de barbe blonde moyennement fournie. Léger duvet blanchâtre sur les joues.

Dentition de 28 dents dont il manque une canine supérieure droite cariée, une molaire supérieure gauche cariée (2 prémolaires), une molaire inférieure droite cariée (1re grosse molaire). La couronne de presque toutes les dents est usée; c'est ainsi

que les canines ne présentent plus leur aspect caractéristique et ressemblent, vues antérieurement, aux incisives voisines. Voûte palatine très élevée; ogivale.

Cou : 36 centimètres. — Respiration normale. — Pouls 60. — Digestion bonne. — Duch... est grand gâteux, mais généralement sans diarrhée, il mange avec voracité, malproprement avec ses doigts. — *Circulation*, rien de particulier. — Musculature du tronc et de l'abdomen bien développée.

Organes génitaux bien développés; prépuce assez long, recouvrant en partie le gland. Testicules bien conformés, le droit est un peu plus élevé que le gauche. Le malade paraît se masturber pendant l'examen; il se frotte le gland par un mouvement circulaire du pouce et de l'index [1].

Les *extrémités supérieures* et *inférieures* sont bien développées; les mains et les pieds sont cyanosés, froids. — Sur les bras, cicatrices de vaccin; trois cicatrices sur le dos du pied gauche: une près de la rotule à gauche. — Périonyxis de l'orteil médian droit; sur le 4e orteil gauche, légère ulcération croûteuse; plusieurs cicatrices dont quatre surtout sont assez larges, à la face externe et au quart supérieur de la cuisse droite. Le tissu cicatriciel est ferme, assez dur; une, la plus antérieure, est nummulaire, à centre un peu déprimé, lisse, blanche, à bords légèrement plissés entourés d'un cercle brunâtre; elle est mince et non adhérente. Cicatrices de même nature, violacées au-dessous du grand trochanter gauche; cicatrices multiples du dos à droite et à gauche et aussi sur les apophyses épineuses, qui sont proéminentes. — Cicatrices multiples des deux fesses; quelques petites cicatrices sur les coudes; et quelques autres cicatrices ailleurs, entre autres sur les doigts.

Les *sens* sont difficiles à examiner vu l'état de *démence complète* du malade; l'ammoniaque le fait tousser, mais il ne se détourne que lentement. Il mange avec assez de facilité le sucre, le sel et la coloquinte; puis il rouvre la bouche pour en redemander; — la sensibilité à la douleur paraît bien conservée, quoique perçue avec assez de lenteur. *Parole nulle.*

[1] 1884. — *Organes génitaux.* — Poils rouges au pénil; verge bien développée; gland découvert; méat étroit, rouge, sa base droite est excoriée; bourses pendantes: testicules normaux. Erythème sur la verge et surtout les bourses. Onanisme.

MOIS	1876		1877		1878		1879		1880		1881		1882		1883		1884		1885	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier			4	»	36	»	47	»	24	»	24	»	15	»	16	»	23	»	20	»
Février			30	»	33	»	26	»	17	»	23	1	8	»	18	»	19	»	36	»
Mars			39	»	46	»	28	»	21	»	18	»	14	1	19	»	25	»	51	»
Avril			24	»	39	»	19	»	26	»	22	»	14	»	18	»	22	»	15	»
Mai			33	»	64	»	19	»	20	»	14	»	16	»	10	»	25	1	10	»
Juin			15	»	25	»	23	»	27	»	19	»	17	»	24	»	16	»	19	»
Juillet			21	»	33	»	35	»	17	»	23	»	14	»	13	»	20	»	28	»
Août			25	»	51	»	27	»	10	»	20	»	22	»	19	»	14	260	26	»
Septembre			38	»	32	»	20	»	20	»	11	»	9	»	12	»	20	445	38	»
Octobre			47	»	33	»	23	»	36	»	15	»	12	»	18	»	23	92		
Novembre			21	»	39	»	35	»	22	»	17	»	13	1	11	5	28	37		
Décembre	3	»	34	»	26	»	15	»	12	»	20	1	17	»	20	»	28	79		
Totaux	3	»	331	»	458	»	317	»	252	»	226	2	164	2	198	5	263	914	243	»

1879. Novembre.	*Poids* :	50 kil.	200 gr.	Taille 1 m. 60.
1880. Septembre.	—	41 k.	400 gr.	
1881. Juillet.	—	44 k.	200 gr.	
1882. Janvier.	—	49 k.	800 gr.	
— Juin.	—	47 k.	700 gr.	
1883. Janvier.	—	49 k.	800 gr.	
— Juin.	—	50 k.	900 gr.	
1884. Janvier.	—	51 k.	800 gr.	
— Juillet.	—	49 k.	200 gr.	
1885. Janvier.	—	49 k.	300 gr.	
— Août.	—	41 k.	200 gr.	
Poids après décès.		36 k.	100 gr.	

1881. 17 *décembre*. — On ne peut tirer de Duch... une seule parole ; il a toujours un morceau de bois dans la bouche ou mange des boutons ; il suce et déchire ses habits. Avant les accès il serait souvent pris d'un rire. Il mange avec les mains, est grand gâteux; il ne peut s'habiller.

1882. —Le malade a été soumis à un traitement par la *pilocarpine* du 27 janvier au 31 octobre [1]. Durant cette période le chiffre des accès a été inférieur aux périodes correspondantes des années précédentes, mais il est à noter que depuis l'année 1878 les accès suivaient déjà une marche décroissante progressive.

6 *novembre*. — Duch... est soumis au traitement par le curare qui fut continué sans succès appréciable jusqu'au 4 mai 1883 [2].

1883. — Durant cette année la démence est devenue de plus en plus complète, le malade ne sourit même plus, ce qu'il faisait encore à la vue par exemple de sa nourriture ; il ne peut marcher que soutenu, il tète son pouce, ses habits.

1884. 1er *juillet*. — Pupilles égales, dilatées. Au moment où l'on prononce ces paroles, la dilatation des pupilles augmente, le corps se raidit, est pris d'un *tremblement* que l'infirmier sent à la main en même temps que nous voyons un *tremblement* de la face égale des deux côtés; le corps s'incline légèrement en arrière, les yeux se portent un peu en haut, les paupières s'abaissent, tout est fini. (*Vertige*.)

Démence complète : Duch... mange sa veste, est grand gâteux.

[1] Voir pour le traitement par la pilocarpine, Bricon, *Du traitement de l'épilepsie* (*Hydrothérapie, arsénicaux, sels de pilocarpine*, etc.), thèse de Paris, 1882, p. 252.

[2] Voir les doses, etc., et les résultats du traitement par le curare : *Archives de Neurologie*, 27 mai 1885, p. 335 (*De l'emploi du curare dans le traitement de l'épilepsie*, par Bourneville et Bricon), et *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu de l'année* 1884, p. 64.)

— On ne peut le faire parler, ni lui faire tirer la langue. Il mange seul, mais avec les mains.

20 *décembre*. — Pupilles égales, un peu dilatées ; parfois grincement de dents, ou encore il ouvre et ferme alternativement la bouche.

1885. 17 *juillet*. — *Démence complète*. Gâtisme. — Il faut le faire manger, l'habiller, le déshabiller. — Il bave et suce. Pupilles égales. — Pas de tremblement de la langue. Aucune parole; il ne se rend nullement compte de ce qu'on lui fait ; on essaye de lui remettre sa pantoufle, il regarde de tous côtés et ne cède pas. Pour le faire avancer il faut le tirer par les bras.

Attitude. — Corps incliné en avant, les bras un peu écartés du tronc, les avant-bras à angle droit transversalement.

5 *septembre*. — Soir : T. R. 37°,8.

6. — Dans la journée, 7 accès ; vers midi, il a poussé des cris pendant une heure, et a refusé de manger. — Dans la nuit du 5 au 6 septembre, 5 accès et cris renouvelés. — T. R. 38°,4. — *Soir* : 40°.

7. — Le matin, 3 accès coup sur coup (durée : demi-heure), il n'a pas repris connaissance à la suite. Aucune évacuation, malgré un lavement purgatif. — A onze heures, deux nouveaux accès. Duch... est resté toute la journée dans un état de prostration complète. — T. R. 38°,8. — *Soir* : 39°,8.

8. — Pas d'accès nouveaux, pouls fort, plein, 120. — Sueurs abondantes, évacuation involontaire d'urine ; il n'est pas allé à la selle depuis le 5 ; il n'a rien pris, il faut lui ouvrir la bouche pour lui faire avaler quelques gouttes de lait. — Dents à demi serrées, bouche sèche. Il ne vomit pas. Le ventre est excavé, rétracté, indolent à la pression. — Respiration à 42, entrecoupée de gémissements, pas de toux. A la percussion, résistance augmentée au doigt ; respiration un peu obscure, pas de souffle, ni de râles ; gémissements transmis à l'oreille, résolution des membres. Lait, purgatif, *vésicatoire* à la base du poumon droit, injections d'éther. T. R. 37°,3. — *Soir* : 39°,2.

9. — Mieux très notable. — P. 72. — R. encore un peu précipitée. — Evacuations abondantes. — Etat de somnolence d'où il sort facilement. — T. R. 38°,8. — *Soir* : 39°.

10. — T. R. 38°,4. — *Soir* : 39°,6.

11. — T. R. 39°. — *Soir* : 39°,6. — Purgatifs.

12. — Le mieux, qui avait continué jusqu'à hier matin — le malade avait pris du lait et du bouillon et n'avait pas eu d'accès — n'a pas persisté. L'abattement a beaucoup augmenté dans l'après-midi ; plaintes entrecoupées. Face pâle ; nez, lèvres et extrémités froides et cyanosées. — Yeux excavés, respiration plus fréquente, la bouche ouverte. — Pas de paralysie des membres, mais résolution

complète. Le pouls est faible et les bruits du cœur sont sourds. — Constipation. — Ventre excavé. — Vessie en demi-replétion. — Peau chaude et sèche. Raies méningitiques étroites, mais persistantes. (Lavement, potion de Todd, vésicatoire.)

Du côté de l'appareil respiratoire mêmes signes que précédemment et, de plus, râles, assez fins à la base du poumon gauche et en avant à droite. T. R. 39°,2. — *Soir*: 39°,8.

13. — T. R. 40°,6. — *Soir*: 41°.

14. — T. R. 39°,6. — *Soir*: 41°.

15. — Même état avec des alternatives de mieux relatif et d'aggravation. T. 41°,4, ce matin. Respiration fréquente, courte; gémissements continuels; abattement plus prononcé. — Bouche sèche, pâteuse. Duch... prend bien le lait et la potion de Todd, moins bien le bouillon. Constipation opiniâtre. 40 ventouses sèches. — Lavement purgatif. — Potion de Todd et lait. *Soir*: T. R. 42°. Le malade meurt le 16 septembre à une heure du matin. Température après la mort: 43°,2.

Autopsie (17 septembre 1885). — *Rigidité cadavérique* en partie disparue; coloration verdâtre de l'abdomen et de la partie inférieure du thorax. Amaigrissement assez prononcé, musculature sèche; tissu cellulo-adipeux peu abondant. — A l'ouverture de l'abdomen on constate: 1° que le foie est repoussé à droite, que son lobe gauche atteint tout juste la ligne médiane, que son bord antérieur ne descend pas jusqu'au rebord costal; 2° que le diaphragme remonte à droite jusqu'au bord supérieur de la quatrième côte; qu'il est refoulé en bas vers la cavité abdominale et forme une voussure fluctuante qui se trouve au niveau du rebord costal. L'intestin grêle est congestionné, recouvert par les colons, surtout le colon transverse, qui sont dilatés par des gaz. Le grand épiploon, non adhérent, descend normalement. — Pas de liquide anormal dans la cavité abdominale. Sur le mésentère on trouve trois *ganglions* iléo-cœcaux complètement *calcifiés*. — L'estomac n'est pas dilaté, la vessie rétractée est vide. — L'ouverture sous l'eau d'un espace intercostal laisse dégager de nombreuses bulles de gaz.

Thorax. — A l'ouverture du thorax, on constate à gauche que le poumon, refoulé latéralement et en arrière, laisse entre lui et les parois une grande cavité recouverte de *pseudo-membranes purulentes* et contenant deux verres environ de pus. — Le *ventricule gauche* est refoulé à droite. — Le *péricarde* est recouvert sur sa moitié gauche de pseudo-membranes. — Le poumon gauche est adhérent, *latéralement* en arrière et en bas. — Le poumon droit est adhérent en haut et en arrière dans presque toute son étendue. — *Cœur* en systole (245 gr.). Il existe un peu de liquide rougeâtre dans la cavité péricardique. La pointe du cœur est

formée par le ventricule gauche surtout. Le ventricule gauche est un peu dilaté. Quelques plaques d'athérome dans l'espace sous-aortique; léger épaississement de l'endocarde sous l'orifice aortique; myocarde pâle, trou de *Botal* obturé. — *Poumon gauche* (550 gr.). Les adhérences se détachent facilement sans résistance; au sommet il existe une *cicatrice* ancienne et quelques *tubercules crétacés*. Il n'existe pas d'autres tubercules et on ne découvre pas de perforation. — Le *poumon droit* (555 gr.) présente également au sommet une grande *cicatrice*, des *tubercules crétacés* et montre quelques petites cavernules.

Abdomen. — Le *foie* (420 gr.) est hypérémié. — La *vésicule biliaire*, l'*estomac*, le *pancréas*, les *uretères*, les *capsules surrénales*, les *intestins* et les *testicules* sont sains. Le canal cholédoque est perméable. — *Rate* (85 gr.) un peu molle, capsule plissée. — *Rein gauche* (85 gr.), lobulé, hypérémié (étoiles de Vehreyen), se décortique bien; la substance corticale est un peu jaunâtre par places. — Le *rein droit* (55 gr.) a le même aspect que le gauche.

Tête. — *Voûte et base du crâne* symétriques. — A l'ouverture du crâne il s'écoule une grande quantité de *liquide céphalo-rachidien*. — Les *artères de la base* sont symétriques; toutefois, la cérébrale postérieure paraît un peu plus volumineuse à droite. — Les *tubercules mamillaires* sont symétriques. — La *pie-mère* cérébrale est très notablement hypérémiée; elle a une coloration rouge diffuse sur la face externe et offre un léger épaississement sur les bords de la scissure interhémisphérique. A part quelques légères adhérences entre les deux lobes frontaux (face interne), la décortication est facile. — Le *pédoncule cérébral gauche* paraît plus petit que le droit; il en est de même de la partie correspondante de la *protubérance*. Il n'existe aucune différence de volume entre les deux moitiés du bulbe. — La *pyramide droite* est moins large et moins proéminente que la gauche. — L'olive droite est également moins proéminente et éraflée.

Le *lobe cérébelleux droit* arrive au niveau de la partie postérieure du lobe occipital, mais le *lobe cérébelleux gauche* est en retrait de près de 3 centimètres; il est manifestement *atrophié*. Ses lamelles sont plus blanches; leur consistance n'est pas notablement plus grande qu'à droite; toutefois, en passant le doigt à leur surface, on a nettement la sensation de *crêtes successives;* en avant sur le bord circonférentiel, cette consistance est bien plus grande; les lamelles y sont rigides et d'une face à l'autre, en pressant, on a la notion d'une *induration résistante* mais diffuse et non circonscrite. Les pédoncules cérébelleux ont leur consistance normale. On ne constate pas de lésions macroscopiques des hémisphères cérébraux. Les *ventricules latéraux* et les *cornes d'Ammon* n'offrent rien de particulier.

Encéphale, 1,300 gr. — L'*hémisphère cérébral droit* pèse 25 gr. de plus que le gauche. — *Cervelet, protubérance et bulbe*, 140 gr. *Hémisphère cérébelleux droit*, 65 gr.; *hémisphère cérébelleux gauche*, 35 gr.

Cerveau. Hémisphère droit. — La *scissure de Sylvius* s'arrête à quelques millimètres en arrière de la pariétale ascendante ; elle envoie deux rameaux ascendants antérieurs, l'un entre le pied de la troisième circonvolution frontale et la circonvolution frontale ascendante, l'autre entre le pied et la partie triangulaire de la troisième circonvolution frontale ascendante. — Le *sillon de Relando*, sinueux, profond, se termine au fond de la scissure de Sylvius ; il fournit vers son quart inférieur un pli antéro-inférieur qui va se perdre dans le pied de la circonvolution frontale ascendante. — La *scissure perpendiculaire externe*, dont les deux lèvres sont très écartées au niveau de la grande scissure interhémisphérique et sur un parcours de deux centimètres sur la face convexe, va rejoindre la partie postérieure de la scissure interpariétale et par son intermédiaire le sillon occipital transverse. — La *scissure interpariétale* forme en arrière de la circonvolution pariétale ascendante une scissure parallèle complète qui, à son quart supérieur, envoie un rameau postérieur oblique de bas en haut divisant entièrement le lobule pariétal supérieur ; avant d'arriver à la scissure perpendiculaire externe, la scissure interpariétale est interrompue par un pli de passage à niveau allant de l'extrémité postérieure du lobule pariétal supérieur à la circonvolution de passage qui réunit le pli courbe aux deuxième et troisième circonvolutions occipitales. — Le *lobule orbitaire* est bien conformé.

Face convexe. Lobe frontal. — Il existe une scissure *parallèle frontale* complète, empiétant en haut sur la face interne et se perdant en bas au fond de la scissure de Sylvius. — La *première frontale*, dédoublée dans son tiers postérieur, présente également des indices de dédoublement sur les autres parties ; elle est bien développée et comme renflée vers son extrémité antérieure. — La *première scissure frontale* est sinueuse et profonde. — La *deuxième circonvolution frontale* est volumineuse surtout à sa partie postérieure ; elle s'insère à la frontale ascendante par un petit pli de passage très en retrait qui n'interrompt la continuité de la scissure parallèle frontale que dans sa profondeur ; elle envoie en avant deux plis de passage à niveau à la troisième circonvolution frontale ; l'un se continue directement avec la partie médiane de la portion triangulaire. — La *deuxième scissure frontale* est interrompue en avant par ces deux plis de passage. — La *troisième circonvolution frontale* est bien développée. — La *frontale ascendante* est assez grosse ; trois sillons transversaux antéro-postérieurs la divisent presque entièrement, l'un même, médian, atteint son

bord postérieur ; il semble en ce cas que la deuxième circonvolution frontale ait eu tendance à se continuer à travers les circonvolutions ascendantes, fait que l'on observe quelquefois. — La *pariétale ascendante* est volumineuse et normalement conformée.

Les *plis pariétaux*, sont assez bien développés, très découpés; il en est de même du *pli courbe*. — Le *lobe occipital* est bien développé, mais les scissures et les circonvolutions sont irrégulières.

Lobe temporal. — La *première temporale* sinueuse, un peu maigre, possède des *circonvolutions temporales transverses* peu développées. La *scissure parallèle*, sinueuse, profonde, communique à la base du lobe pariétal par deux sillons transverses avec la *deuxième scissure temporale* qui semble se terminer dans le pli courbe par un rameau parallèle à la terminaison de la première scissure temporale. La *seconde temporale* assez bien développée est sinueuse ainsi que la *troisième temporale* qui est bien conformée.

Face interne. Lobe temporo-occipital. — Les *première* et *deuxième circonvolutions temporo-occipitales* sont normales. — La *circonvolution frontale interne* est bien développée ainsi que le *lobule paracentral*. — La *scissure calloso-marginale* est sinueuse, profonde. Le *lobule quadrilatère* très développé est très découpé et présente un pli pariéto-limbique antérieur et un pli pariéto-limbique postérieur. La *scissure perpendiculaire interne*, très profonde, va se terminer un peu au-dessous du bourrelet du corps calleux. Le *coin*, la *fissure calcarine*, le *corps calleux*, le *corps strié*, la *couche optique*, paraissent normaux.

Hémisphère gauche. — La *scissure de Sylvius* se divise à la partie postérieure de la circonvolution pariétale ascendante en deux rameaux, l'un ascendant, et l'autre descendant, ayant chacun un trajet de deux centimètres environ, durant lequel ils séparent la pariétale ascendante et la première circonvolution temporale du pli pariétal inférieur. Le rameau ascendant antérieur traverse entièrement la troisième frontale et contribue à former une sorte de scissure précentrale en se continuant avec un sillon supérieur qui divise presque entièrement la deuxième circonvolution frontale. — Le *sillon de Rolando* est très profond, assez sinueux. — La *scissure perpendiculaire* externe, très profonde, est interrompue au niveau de la scissure interpariétale par un pli de passage à niveau reliant le pli pariétal supérieur au lobe occipital. — La *scissure interpariétale* ne possède qu'un petit rameau descendant en arrière de la pariétale ascendante, mais elle a un rameau ascendant très profond formant encoche sur la scissure interhémisphérique. A quelques millimètres au delà de son coude, elle fournit un rameau descendant à travers le lobule pariétal inférieur qu'il divise entièrement en atteignant la partie moyenne du rameau descendant de la scissure de Sylvius ; — elle

fournit également au même niveau un rameau ascendant oblique d'avant en arrière à travers le lobule pariétal supérieur ; elle continue son chemin jusqu'au sillon occipital transverse.

Le *lobule orbitaire* est normal, très développé.

Face convexe. — *Lobe frontal.* — En avant de la frontale ascendante et parallèlement à elle sur sa moitié supérieure, on trouve une *scissure* profonde empiétant en haut sur la face interne et communiquant avec la première scissure frontale ; elle se termine en bas en séparant presque entièrement la deuxième circonvolution de la frontale ascendante en s'entre-croisant avec la scissure précentrale inférieure dont il a déjà été parlé et qui se trouve plus en avant. La *première frontale*, assez bien développée, reçoit vers son quart antérieur un gros pli de passage au niveau de la *deuxième frontale* qui est très large, sinueuse, très sillonnée et s'insère par un pli de passage à niveau, à la frontale ascendante ; à son extrémité la plus antérieure, elle reçoit un pli de passage à niveau de la *troisième frontale* qui est bien développée, mais irrégulière, son pied se confond avec celui de la frontale ascendante. Les deux *scissures frontales supérieure* et *inférieure* sont sinueuses, profondes. La *frontale ascendante* est assez maigre surtout vers sa partie moyenne ; la *pariétale ascendante* est grosse, sinueuse, reliée à son tiers inférieur au pli pariétal inférieur par un pli de passage à niveau.

Lobe pariétal. — Les *lobules pariétaux supérieur et inférieur*, le *pli courbe* sont volumineux, mais irréguliers par suite de nombreux sillons qui les découpent.

Le *lobe occipital*, dont lés circonvolutions paraissent un peu grêles, est également très sillonné ; il est, pour ainsi dire, isolé des parties environnantes par une scissure irrégulière, sinueuse, qui prolonge le sillon transverse occipital jusque vers l'incisure préoccipitale.

Lobe temporal. — La *première temporale* plissée envoie un pli de passage à niveau à la partie la plus postérieure du lobule pariétal inférieur et un autre pli de passage à niveau à la *deuxième temporale* qui interrompt vers son quart antérieur la continuité de la *scissure parallèle*, sinueuse, profonde, assez normale. Les *temporo-pariétales transverses* sont peu marquées. La *deuxième* et la *troisième temporales* sont assez bien développées, irrégulières, très découpées. La *deuxième scissure temporale* est interrompue postérieurement par un pli de passage à niveau allant de la deuxième à la troisième temporale. Un sillon profond réunit la scissure parallèle à la première scissure temporo-occipitale.

Face interne. — *Lobe temporo-occipital.* — Les *première* et *deuxième circonvolutions temporo-occipitales* sont bien développées, mais un peu *chagrinées*. Les *scissures* sont profondes et sinueuses.

La *circonvolution frontale interne* est bien développée, reçoit à son quart postérieur un petit pli de passage presque à niveau de la *circonvolution du corps calleux* qui, elle, est peu développée, *chagrinée*, comme *atrophiée;* la partie la plus antérieure de la circonvolution frontale interne et dans sa partie moyenne, sa moitié inférieure présentent également le même aspect, mais à un degré moins prononcé. — La *scissure calloso-marginale* est sinueuse, très profonde, envoie de nombreux sillons transversaux à la circonvolution frontale interne. Le *lobule quadrilatère* est moins bien développé, un peu grêle, comme un peu atrophié; il possède un pli pariéto-limbique antérieur long, s'insérant obliquement à la circonvolution du corps calleux vers le sommet du triangle paracentral. Il existe également un pli pariéto-limbique postérieur. La *scissure perpendiculaire interne* est très profonde. Le *corps calleux* est peut-être un peu moins développé que normalement. Le *coin*, la *fissure calcarine*, la *couche optique*, le *corps strié* ne présentent rien de particulier.

La *pyramide antérieure* et l'*olive droite* sont *atrophiées*.

La *moelle* ne présente à l'œil nu aucune altération.

Duch... a d'abord été un *épileptique procursif* dont les accès se sont progressivement transformés en accès vulgaires. Il a succombé à un *pyo-pneumo-thorax* et à une *péricardie purulente*, qui se sont développés à la suite d'un état de mal[1].

L'*hémisphère cérébral droit* ne présente que quelques *anomalies* de peu d'importance, soit au point de vue de ses circonvolutions, soit au point de vue de ses scissures. On peut le considérer comme normal. L'*hémisphère cérébral gauche*, qui pèse 25 grammes de moins que le droit, est dans son ensemble un peu plus irrégulier; mais en outre nous y notons la *gracilité* de la *partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante*, du *lobe occipital*, l'*état chagriné* des *pre-*

[1] Nous ferons remarquer que Duch... a eu pendant les deux premières années de sa maladie des vertiges sans phénomènes procursifs; la procursion n'a débuté qu'avec les accès, et par suite dans le cas particulier on peut considérer les accidents procursifs comme constituant des accès incomplets.

mière et *deuxième circonvolutions occipito-temporales*, des parties antérieure, moyenne et inférieure de la *circonvolution frontale interne*, de la *circonvolution du corps calleux*, la *gracilité* du *lobule quadrilatère* et du *corps calleux*.

La lésion la plus importante et paraissant la plus ancienne est celle que l'on constate sur le cervelet. — L'hémisphère *cérébelleux gauche* est *atrophié*, *sclérosé* et pèse 30 grammes de moins que le droit, soit près de moitié (*hémisphère cérébelleux droit*, 65 grammes, *gauche* 35 grammes). — C'est là incontestablement la lésion initiale, la plus prononcée de toutes celles observées sur l'encéphale de Duch..[1]. (*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET EXPÉRIMENTALE SUR LE VERTIGE MARIN

Par le Dr P.-S. PAMPOUKIS,
En mission scientifique par l'Université d'Athènes.

Ce que tout le monde connaît sous le nom de *mal de mer*, vague expression ne nous donnant aucune idée de la nature ou du siège de la lésion, nous l'appelons nous *vertige marin*, espérant que l'analyse ulté-

[1] Notons en passant la *tuberculose crétacée* et les cicatrices pulmonaires.

rieure des symptômes et l'étude de sa physiologie pathologique justifieront notre innovation, en nous forçant de placer le vertige marin à côté des autres vertiges de la pathologie encéphalique.

Si nous insistons un seul instant sur la définition, qu'on a donnée jusqu'à présent du vertige marin, nous verrons que pour M. Rey « c'est l'ensemble des phénomènes morbides que présentent la plupart des personnes qui vont sur mer ». Pour M. Rochas, « c'est l'ensemble des symptômes morbides qu'éprouvent les nouveaux embarqués ».

Nous ne tenons pas à donner, pour le moment, une définition du vertige marin, car si nous nous bornions à nos connaissances actuelles, nous serions forcé de suivre l'exemple des autres auteurs, qui se sont occupés de la question, à savoir de donner un terme théorique, toujours contestable. Mais quand un fait est prouvé par les expériences, alors toutes les théories cèdent la place aux conclusions expérimentales. C'est ainsi que nous avons formé la pensée que pour réussir à étudier et à définir scientifiquement le vertige marin, il fallait essayer de le reproduire par des expériences sur des animaux. Alors cette question s'impose immédiatement : les animaux sont-ils susceptibles de vertige marin? Si oui, quels sont les plus prédisposés et sous quels symptômes se manifeste la maladie? C'est ce que nous allons étudier.

I. *Vertige marin des animaux.* — D'après les divers renseignements que nous avons obtenus des marins hellènes, il est prouvé que la plupart des animaux sont susceptibles de vertige marin, mais ils s'habi-

tuent à la mer après quelques jours, tandis que pour les hommes il faut plus d'un an en moyenne ; de plus, les animaux ne ressentent que des symptômes légers.

En 1884, le capitaine C... voyageait en voilier; pendant une tempête qui a duré deux jours, son chien n'a plus paru ; il resta dans un coin du bateau bien triste, sans bouger et sans vouloir manger. Mais aussitôt que la tempête cessa, il reprit sa bonne humeur. En 1885, un bateau à vapeur transportait de Braïla à Constantinople 80 chevaux et buffles; vingt-quatre heures avant d'arriver au port, une forte tempête s'étant élevée, on remarqua que les chevaux et les buffles ne mangeaient pas; ils avaient appuyé la tête sur le rebord de leur cage, comme accablés d'une grande lassitude, et de leur bouche on voyait s'écouler une sorte d'écume filante.

Dans un autre voyage on remarqua que les moutons avaient souffert, mais sans salivation. Les porcs souffrent aussi. — Les poules ont du vertige et de l'anorexie, accompagnée quelquefois d'écoulement de quelques gouttes de liquide. — Les chats ont de l'anorexie avec vomissements rares.

II. *Expériences faites à bord du carrousel « La mer sur terre » à Paris, au mois de mars 1887.* — Ce que nous venons de relater à propos du vertige marin des animaux ne provient que de renseignements. Pour mieux nous persuader, il a fallu entreprendre des expériences au laboratoire. Un instant nous avons pensé à l'expérience en rivière. Nous n'y avons pas fait d'essai, car les eaux de la Seine n'ont pas de cou-

rants rapides; et puis, on n'aurait pu appliquer les instruments nécessaires. Avant toute autre recherche, nous avons voulu nous servir, pour expérimenter, des bateaux « *La mer sur terre* ». C'est ainsi que nous nous sommes adressés à M. Laubé, l'un des directeurs, qui a bien voulu mettre un bateau à notre disposition.

Expériences. — Le 10 mars 1887, à 4 heures du soir, nous avons soumis un petit chien à notre première expérience. Nous l'avons attaché avec sa laisse à la pointe de la proue. Pendant le deuxième tour de la barque, nous avons constaté que les pupilles commençaient à se dilater. Plus le bateau marchait, plus la dilatation augmentait, de sorte que vers la quatrième minute les pupilles s'étaient complètement dilatées. Avec les premiers mouvements, le petit chien commença à perdre son équilibre; le regard est devenu inquiet, le chien a perdu sa gaieté.

Vers la deuxième minute, nous avons constaté un tremblement des muscles bien visible, surtout dans ceux des cuisses. Le tremblement augmentant, l'animal ne pouvait plus se tenir sur ses pattes postérieures, qui tremblaient plus que les autres. C'est alors qu'il a fléchi ses jambes sur le plancher, tandis qu'en même temps, il a levé les deux pattes antérieures en se cramponnant aux rebords, la tête soulevée. Après une demi-minute, nous avons constaté que le tremblement a sensiblement diminué pour que l'animal puisse se tenir debout en soulevant les pattes postérieures. Après la fin de cette expérience, les pupilles ont commencé à se contracter, et dans l'espace de *quarante secondes* elles ont repris leur état normal. Quant au tremblement, il persistait encore avec prédominance dans les cuisses.

Durant la *troisième expérience*, le tremblement a été plus intense qu'aux précédentes. — Dans l'intervalle des expériences, les pupilles se contractent plus lentement; pour revenir à l'état normal, elles mettent plus de *deux minutes*, tandis que dans les premières expériences elles mettaient environ une demi-minute. Le tremblement s'est propagé aux oreilles, lesquelles, après les cuisses, tremblent le plus.

Sixième expérience. La dilatation commence une demi-minute après le début des mouvements. Le tremblement se produit après la première minute. Après la fin de l'expérience, le chien avale quelques morceaux de viande avec avidité.

Septième expérience. Nous avons offert de la viande immédiatement avant l'expérience. Dès que les mouvements commencent, il avale quelques morceaux. Mais les mouvements du bateau augmentant, l'animal renonce à manger, de sorte que vers la deuxième minute, non seulement il ne mange plus, mais il détourne la tête pour ne pas voir l'aliment.

Onzième expérience. Nous enlevons sa laisse; le chien ne peut pas se tenir et il reprend sur le rebord la position d'après laquelle l'axe céphalo-rachidien forme un angle aigu avec la barquette.

Douzième expérience. Nous forçons le chien à rester dans la cale de la barque. Mais ne pouvant pas s'y tenir debout, il fait des essais, en écartant les pattes postérieures et en montant les autres sur la banquette. Il garde ainsi cette position, pendant toute l'expérience, malgré que nous le déplacions. Enfin, nous faisons passer le chien à la poupe. Dans toutes les expériences, les symptômes déjà mentionnés étaient moins accentués.

Nous expérimentons alors avec un gros bull-dog de huit mois, n'ayant jamais monté sur la barque. Nous le plaçons à la cale. Aussitôt que les mouvements de la barque commencent, l'animal prend la même position que le petit chien. Les symptômes ont été les mêmes, sauf le tremblement qui était moins prononcé.

M. Laubé nous a raconté que tous les chiens qu'on a fait monter dans les bateaux prenaient cette position, d'après laquelle le corps s'incline pour former un angle aigu avec la barquette. Cela est très important pour nous. Nous voyons, en effet, que les chiens, pour éviter le vertige, donnent au corps une inclinaison qui occuperait la bissectrice de l'angle aigu d'un triangle rectangle. C'est surtout l'axe céphalo-rachidien qui s'accommode dans cette nouvelle position. Les chiens ne vomissent jamais dans ces bateaux. Il y a un an, un chien, du quartier de la Villette, a été introduit dans une barque. Au premier tour, il

aboyait; au second, son regard change, l'animal devient furieux et se jette sur un monsieur qu'il mord. Une chienne, quoiqu'elle fût mise plusieurs fois sur les barques, voulait se sauver et semblait ivre.

Résumé. — Si nous résumons en peu de mots les résultats de ces expériences, nous verrons que le premier symptôme était la *dilatation des pupilles*, laquelle augmentait progressivement, de sorte que dans *quatre minutes* on ne voyait plus l'iris. *Quarante secondes* après la fin de la première expérience, les pupilles redevinrent normales. Mais dans les expériences suivantes les pupilles mirent *deux minutes* à se remettre.

Avec les premiers mouvements, l'animal commence à perdre son équilibre; son regard devient inquiet. Puis viennent les tremblements des muscles et surtout ceux des cuisses et des oreilles.

Chaque expérience durait quatre minutes avec intervalle d'une minute et demie. Vers la sixième expérience, la dilatation a commencé une demi-minute après le début des mouvements, et le tremblement après la première minute. Au début de l'expérience, le chien avale quelques morceaux de viande. Mais une minute plus tard, non seulement il refuse de manger, mais il détourne aussi la tête. Le tremblement, s'accusant vers la fin des expériences, devient plus intense dans leur intervalle. Les chiens ne vomissent jamais pendant les expériences dans ces bateaux.

III. — *Expériences faites sur divers animaux au laboratoire physiologique de la Sorbonne.* — Le but des

expériences qui précèdent était de nous persuader qu'en effet les animaux sont également susceptibles au vertige marin. Le détail des symptômes que nous venons d'exposer ne laisse aucun doute sur cette question. Le moment était donc opportun de commencer des expériences au laboratoire et d'essayer de reproduire le vertige marin expérimentalement.

Notre maître, M. le professeur Cornil, et M. Chantemesse ont eu l'extrême obligeance de nous présenter à M. Dastre, professeur de physiologie expérimentale à la Faculté des sciences, en lui communiquant le but de nos expériences. M. Dastre a bien voulu mettre son laboratoire à notre disposition, en nous offrant aussi son concours pour la partie physiologique des expériences.

La première difficulté qui devait se présenter était celle-ci : comment pourrions-nous reproduire au laboratoire le vertige marin? Il fallait inventer un appareil qui nous donnât des mouvements semblables à ceux d'un navire. Mais en attendant que nous parvenions à cela, nous avons réfléchi, avec M. Dastre que nous pouvions tenter quelques expériences sur la table à vivisection, en y attachant l'animal et en imprimant des mouvements antéropostérieurs, les seuls réalisables avec cette table. D'ailleurs, ces mouvements nous faciliteraient beaucoup l'étude ultérieure, car nous aurions ainsi étudié les mouvements du roulis isolé, et n'étant pas influencé par les mouvements du tangage ou par les mouvements mixtes du bateau à vapeur en tempête.

PREMIÈRE PARTIE.

Expériences sur la table à vivisection. — Balancement antéro-postérieur. — Tous les appareils nécessaires à enregistrer les respirations thoracique et diaphragmatique et les battements du cœur sont en position.

I. EXPÉRIENCES SUR LES CHIENS. — Le chien au début de l'expérience n'aboie pas. Deux minutes après le début du balancement nous avons vu par les tracés que les respirations et les battements du cœur ont changé. Ainsi, en étudiant les tracés, nous voyons que les respirations sont devenues *deux fois plus fréquentes* qu'avant l'expérience; en même temps elles sont devenues moins amples et plus superficielles. Ce sont surtout les respirations *diaphragmatiques* qui ont subi ce changement.

Nous avons aussi constaté des respirations tantôt plus profondes, tantôt plus superficielles.

Mais cette fréquence de respiration se trouve bientôt interrompue. Plus le balancement continue, plus les respirations deviennent profondes et moins fréquentes. C'est alors que le chien commence à aboyer. Les battements du cœur continuent d'accord avec les mouvements respiratoires.

En résumé, au *début des balancements nous avons une augmentation du nombre des respirations et une diminution de leur amplitude. Mais peu de temps après, les respirations deviennent de plus en plus profondes et moins fréquentes.*

Pendant les grands mouvements avec descente

brusque de la table du côté de la tête de l'animal, la *respiration s'arrête en expiration;* l'animal commence à inspirer après la montée de la table. Sur les chiens que nous avons ainsi balancés, nous avons vu quelquefois de la salivation, même abondante. Mais nous n'avons pas osé la considérer comme le résultat du balancement, car nous appliquions toujours la muselière.

Balancement d'un chien et anémie cérébrale absolue. — Nous avons balancé un chien, qui préalablement a été opéré par MM. Dastre et Loye, en comprimant

Fig. 23. — Tracé de deux respirations d'un chien, ayant les deux carotides et vertébrales comprimés. L'animal est en repos sur la table [1].



Fig. 24. — Tracé au début du balancement. Le chien se trouve dans les mêmes conditions.

les deux carotides d'abord, puis les vertébrales, afin de

[1] La lettre D signifie : respiration *diaphragmatique.* La lettre T signifie : respiration *thoracique.*

provoquer l'anémie cérébrale. Pendant le balancement nous avons voulu étudier l'influence de l'anémie cérébrale sur ce chien. La respiration est devenue plus ample et les battements du cœur de plus en plus faibles. Quant aux *tracés* que nous avons obtenus, nous tenons à en reproduire ici quelques-uns.

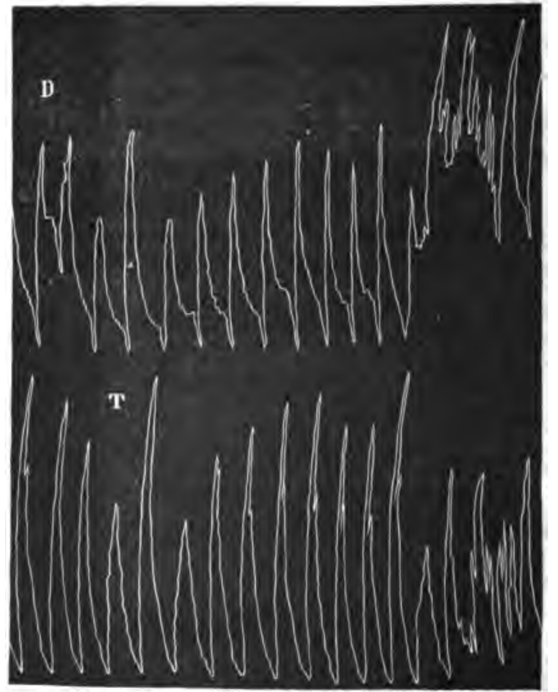


Fig. 25. — Suite du balancement.



Fig. 26. — Tracé pris immédiatement après le balancement, le chien étant en repos.

Ensuite, pour contrôler ces résultats, nous avons supprimé la compression des carotides et des vertébrales. Tout d'abord, nous avons pris les tracés en repos ; ensuite, les tracés avec la tête en haut ou en bas ; enfin, les tracés du balancement soit rapide,

soit lent. Nous relatons ici quelques-uns de ces tracés, afin que chacun soit à même de les étudier.

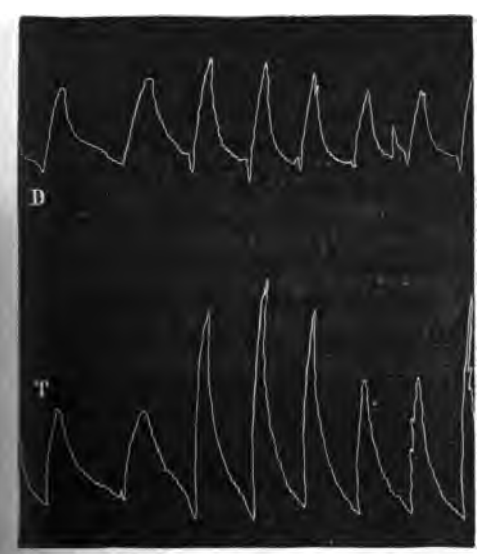


Fig. 27. — Tracé pris après la suppression de la compression, le chien étant en repos.

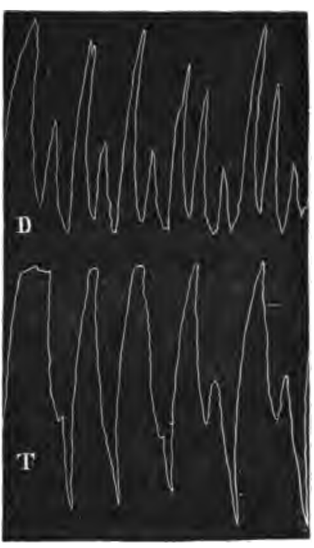


Fig. 28. — Balancement rapide. Les carotides et les vértébrales ne se compriment plus.

Expériences sur un chien mort. — Nous avons exécuté sur un chien mort des balancements. Nous avons constaté que le tracé diaphragmatique donnait des courbures beaucoup plus vastes que le tracé thoracique. Cela provient de l'action des mouvements intestinaux sur le diaphragme, lequel monte du côté du thorax, en déplaçant les poumons. Ensuite, nous avons insufflé les poumons par la trachée, que nous avons alors bien liée. Les mouvements de balancement ont donné des tracés diaphragmatiques avec des lignes superficielles, peu étendues, à peine visibles; les tracés thoraciques manquaient complètement.

L'étendue que nous donnions au balancement, influençait beaucoup les tracés. Ainsi, dans le balancement complet, dans lequel la table descendait aussi bas que possible, le tracé diaphragmatique était bien visible et très net, car les intestins par leur pesanteur agissaient sur le diaphragme et le forçaient en mouvements.

Ces expériences nous montrent combien le diaphragme est influencé par les organes intestinaux. Sur le vivant, le diaphragme, malgré sa résistance et sa contractibilité, subit cette influence, surtout quand les mouvements intestinaux sont brusques, comme cela a lieu dans le tangage ou roulis des bateaux en tempête. D'ailleurs, pour bien nous assurer de ces mouvements du diaphragme, après avoir insufflé les poumons, nous avons ouvert une fenêtre dans la cage thoracique, immédiatement au-dessus des insertions diaphragmatiques, et à gauche. En exécutant alors des balancements, nous avons entrevu très nettement qu'à chaque chute de la tête, le diaphragme se soulevait en repoussant les poumons et le cœur. Ensuite nous avons ouvert une autre fenêtre sur le ventre, sans attaquer le péritoine. Eh bien! pendant le balancement nous avons entrevu, à travers le péritoine, les intestins qui remontaient vers le diaphragme à chaque chute de la tête, et redescendaient du côté opposé à chaque soulèvement du corps.

Nous ne voulons pas nous étendre davantage sur cette question si importante, car très prochainement nous publierons, M. Dastre et moi, un mémoire sur le déplacement énorme que les viscères abdominaux subissent pendant ces balancements et sur l'accommo-

dation de la respiration aux mouvements de l'appareil ou du navire en tangage ou roulis.

Balancement des chiens avec les yeux bandés. — Etudions maintenant une autre série d'expériences. Pour nous assurer si la vue avait quelque influence sur les résultats du balancement, nous avons bandé les yeux d'un chien. Ensuite nous l'avons balancé, en prenant des tracés.

2. Expériences sur les lapins. — Nous avons effectué ces expériences de balancement sur des lapins avec les yeux bandés. Voici quelques tracés relatifs à la question.

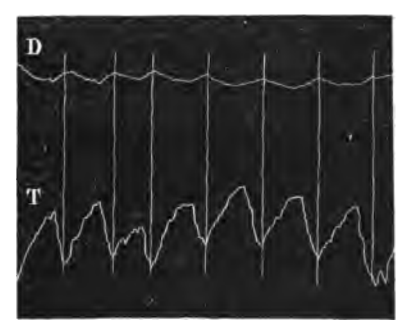


Fig. 29. — Tracé pris sur un lapin en repos (yeux bandés).

Dans l'expérience dont nous venons de rapporter le tracé (n° 30), on verra que les mouvements respiratoires s'accommodent aux mouvements de la table, sur laquelle repose l'animal, pendant le balancement. Là où le tracé commence (à gauche), la tête était en haut; ensuite la tête descend par l'abaissement de la table; on voit que le tracé fait une inclinaison. Alors, la table dépassant la ligne horizontale descend

un peu brusquement ; nous avons ainsi la chute. Ce

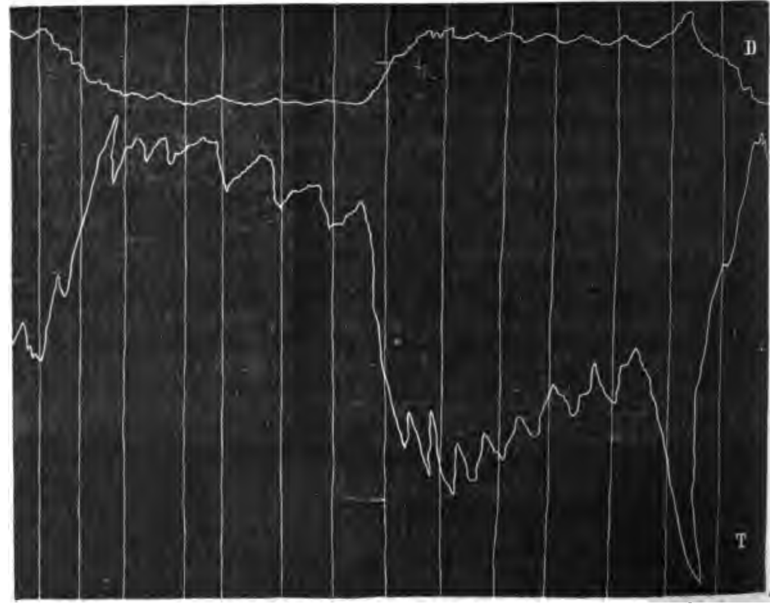


Fig. 30. — Balancement du lapin (yeux bandés).

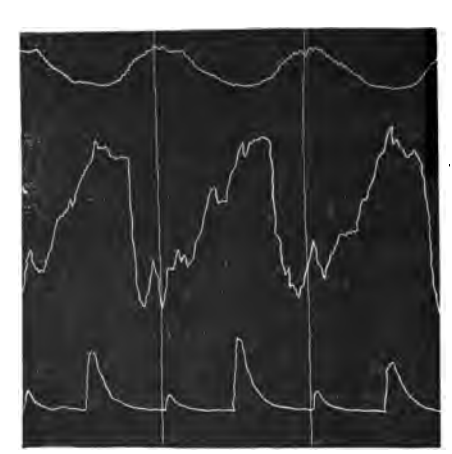


Fig. 31. — Balancement lent (yeux bandés).



Fig. 32. — Tracé des respirations du lapin en repos immédiatement après un long balancement (yeux bandés).

mouvement est marqué sur le tracé par une ligne droite de haut en bas sans courbure, ce qui signifie

que la respiration s'arrête pendant la descente brusque. Alors les courbures de la respiration reparaissent et marchent de bas en haut, à mesure que la table monte. Les lignes verticales indiquent des espaces semblables marqués à l'aide du métronome.



Fig. 33. — Le lapin est en repos (yeux bandés).

Ayant pris ce dernier tracé, nous avons balancé de nouveau le lapin, après quoi nous avons pris le tracé suivant dans l'intervalle du balancement.

Enfin, nous avons fini l'expérience en balançant de nouveau l'animal et en prenant le tracé suivant.

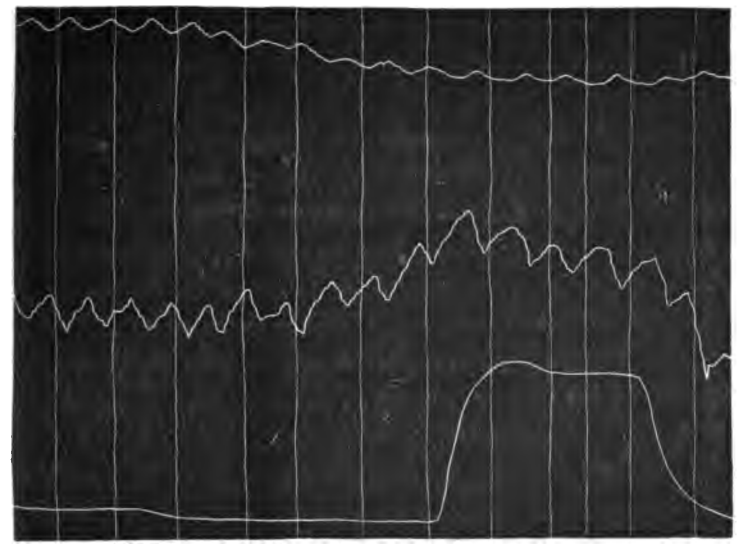


Fig. 34. — Fin de l'expérience. Balancement du lapin (yeux bandés).

Balancement simple. — Pendant le balancement, les lapins ont la tête appuyée sur la planche; les oreilles dressées; les pupilles dilatées, les membres en tremblement. Après le balancement, leur démarche est lente et assez difficile; ils se refusent à manger et à marcher. Un jour nous nous sommes aperçus qu'après un balancement de trente minutes, la température rectale est descendue à 37° et puis à 36°.

Le tremblement des membres qui s'observe souvent pendant le balancement se produit peut-être par le refroidissement qui survient à l'abaissement de la température. Sur un lapin qui est resté attaché à la table pendant quatre heures, la température à la fin de l'expérience était de 37° 8. Mais durant ces quatre heures, l'animal n'a été balancé que pendant quinze minutes seulement, et cela par intermittence. Donc, malgré une immobilisation si longue, nous n'avons pas eu d'abaissement notable de la température.

Le balancement d'une demi-heure auquel nous avons soumis le lapin, après l'immobilisation de quatre heures, n'a pas abaissé la température, ce qui est en contradiction avec l'expérience précédente durant laquelle la température s'est abaissée de deux degrés et même plus. Il faudrait, par conséquent, de nouvelles recherches pour nous assurer si le balancement prolongé des lapins contribue à leur refroidissement par abaissement de la température normale. De plus, il faudrait fixer à partir de quel moment l'abaissement de la température se manifeste.

Faradisation des pneumogastriques. — Arrêt de la respiration. — Balancement. — Réapparition des tracés respiratoires.

Nous allons relater une série d'expériences dont les résultats ont été bien satisfaisants. Après avoir mis à nu les deux pneumogastriques d'un lapin, nous avons pris, tout d'abord, des tracés de la respiration normale. En voici un :



Fig. 35. — Tracé d'un lapin en repos. Les pneumogastriques sont à nu.

Ensuite nous avons balancé le lapin, sans toucher aux pneumogastriques.

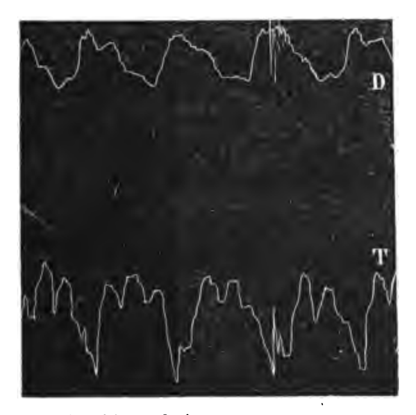


Fig. 36. — Balancement du lapin.

Après un balancement de quelques minutes, nous avons laissé le lapin en repos.

Alors, nous avons commencé la faradisation par le courant n° 5, pendant dix secondes. Les changements de la respiration ont été insignifiants. Après un repos fixe, nous excitons par le n° 4 pendant dix secondes. (Voir le tracé *fig. 38.*)

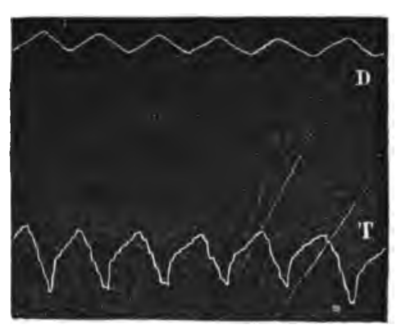


Fig. 37. — Le lapin en repos, après le balancement.

Ensuite, nous excitons avec le n° 3, pendant dix secondes toujours. Les respirations deviennent plus amples. Nous avons remarqué de plus que les respirations diaphragmatiques étaient régulières, tandis que les thoraciques étaient tantôt plus courtes, tantôt plus

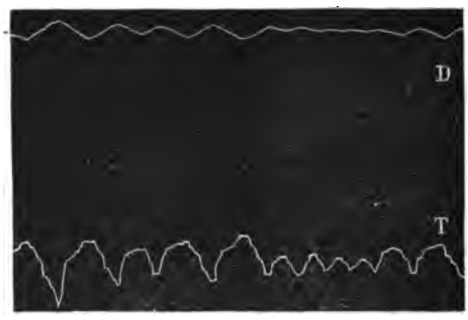


Fig. 38. — Faradisation des pneumogastriques avec le n° 4, pendant 10".

vastes. Nous faisons remarquer aussi que sur sept respirations du diaphragme correspondent neuf du thorax. Pendant les dix secondes, immédiatement après la faradisation nous avons compté sur huit diaphragmatiques, douze thoraciques.

Alors nous avons faradisé avec le n° 2 pendant dix secondes. La respiration diaphragmatique s'est presque

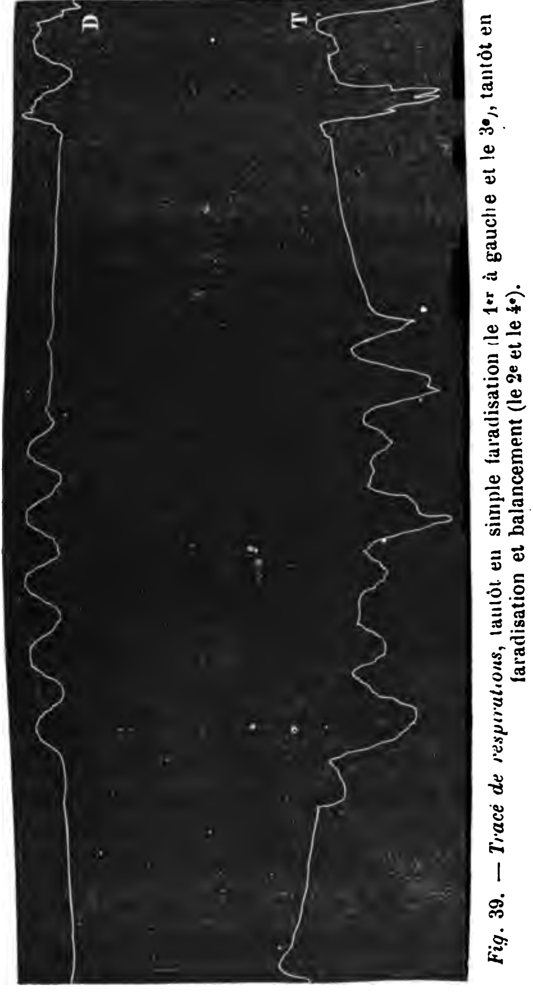


Fig. 39. — *Tracé de respirations*, tantôt en simple faradisation (le 1er à gauche et le 3e), tantôt en faradisation et balancement (le 2e et le 4e).

arrêtée, tandis que la respiration thoracique est devenue très ample et très irrégulière. Après un balancement de quelques secondes, nous répétons la fara-

disation avec le n° 2 et en même temps nous balançons pendant cinq secondes; nous avons observé alors que la respiration diaphragmatique était ample et régulière, tandis que la respiration thoracique fût arrêtée en expiration.

Après un nouveau balancement, nous avons excité en *repos* avec le n° 2. Nous avons alors obtenu l'*arrêt complet de la respiration diaphragmatique et thoracique en inspiration.*

Immédiatement après, pendant que l'excitation électrique continuait, et que les respirations étaient en arrêt, nous balançons. Nous obtenons alors le tracé diaphragmatique bien net, sans le tracé thoracique. Nous cessons le balancement et nous continuons toujours la faradisation; alors la respiration diaphragmatique s'arrête de nouveau. Enfin nous arrêtons l'excitation faradique et le tout redevient normal. Ces expériences ont été répétées plusieurs fois, toujours avec les mêmes résultats.

Nous rapportons un tracé, sur lequel on verra très nettement l'arrêt de deux respirations pendant l'excitation électrique; leur réapparition dans l'excitation avec balancement; leur nouvel arrêt dans la suite de l'excitation sans balancements; et enfin la réapparition de courbures dans le balancement pendant l'excitation. (*Fig. 39.*)

Le tracé suivant commence à gauche par les deux respirations en balancement simple. Ensuite, par la faradisation n° 2, nous avons obtenu les lignes droites sans courbures, à savoir l'arrêt complet de respirations. Enfin, nous avons balancé en continuant l'excitation, et alors nous voyons d'abord des lignes

tout à fait irrégulières à cause des efforts que l'animal



Fig. 40. — A gauche, simple balancement. Au milieu, faradisation n° 2, avec arrêt de la respiration. A droite, balancement avec excitation.

faisait; ensuite, les deux courbures, dont la diaphrag-

matique rapproche beaucoup de celle du début (qu'on ne voit pas ici), au simple balancement, tandis que la thoracique est rapprochée du centre du tracé en devenant moins ample que celle du côté gauche, avec simple balancement.

Dans le tracé suivant (n° 41), figurent trois respirations. Le tracé inférieur représente la respiration

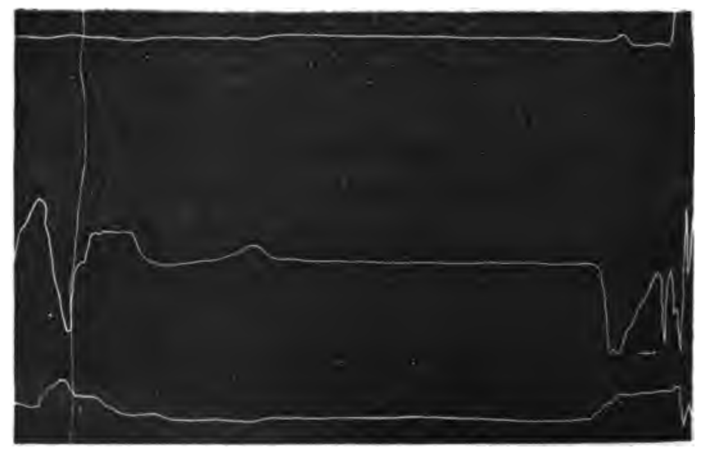


Fig. 41. — Ligne supérieure : respiration diaphragmatique. Ligne moyenne : respiration thoracique. Ligne inférieure : respiration *diaphragmatique directe*. § Arrêts des respirations par la faradisation.

prise directement sur le diaphragme, par le diaphragmatographe, au moyen d'une aiguille accrochée à la face inférieure du diaphragme. Le tracé moyen donne la respiration thoracique. Le tracé supérieur, représente la respiration diaphragmatique prise indirectement sur la peau. A gauche du tracé, on voit une courbure de respiration, l'animal étant en repos. Ensuite, par l'excitation faradique, nous avons obtenu l'arrêt complet des respirations. Tout à fait à droite,

l'on constate la fin du courant et les secousses que l'animal ressent après l'excitation.

Après cette faradisation simple et l'arrêt complet des respirations, nous avons balancé l'animal, en continuant aussi la faradisation. Par le tracé n° 42, l'on voit que les respirations réapparaissent, mais pas à leur état normal.



Fig. 42. — Tracé des trois respirations dont l'inférieur donne les mouvements diaphragmatiques directes. § Faradisation et balancement.

Le tracé n° 43 nous donne, par la courbure supérieure, la respiration thoracique, et par la courbure inférieure, la respiration du diaphragme prise directement. Le tracé a été pris l'animal étant en repos.

Le tracé suivant, n° 44, représente les mêmes respirations que le tracé n° 43, mais en balancement et non pas en repos.

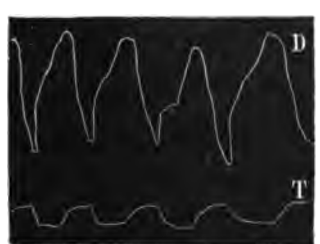


Fig. 43. — Respiration diaphragmatique directe et resp. thoracique, l'animal étant en repos.

Dans une autre expérience, qui a duré 36", les 12" ont été avec arrêt complet et sans balancement; les autres 24" ont été avec excitation et balancement, durant lequel les mouvements respiratoires ont réapparu.

Toutes les expériences que nous venons de relater et les tracés relatifs qui précèdent nous prouvent que, ***quand les respirations s'arrêtent par la faradisation des pneumogastriques, et qu'en même temps nous balançons l'animal, alors le diaphragme, la faradisation continuant, subit le premier des mouvements pathétiques par les secousses intestinales qui se font sentir à l'abaissement de la tête, en pressant sur le diaphragme.***

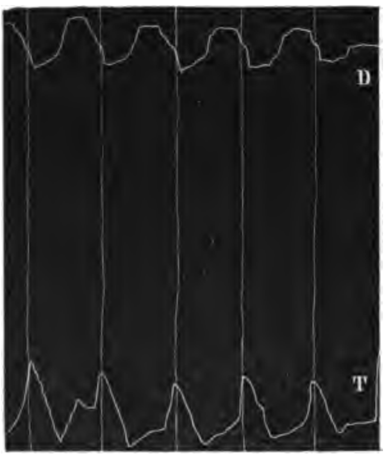


Fig. 44. — Respiration diaphragmatique (courbure inférieure) et resp. thoracique. Balancement du lapin.

Donc, l'*influence des intestins sur les mouvements du diaphragme est prouvée par nos expériences et tracés sur le sujet vivant (lapin) et sur les cadavres (chien).*

Trachéotomie. — Section des pneumogastriques. — Arrêt de la respiration par la faradisation. — Balancement. — Réapparition des respirations.

Ayant pratiqué la trachéotomie, nous avons sectionné les deux nerfs pneumogastriques. En irritant leur but central, nous avons obtenu l'arrêt de la respiration, chose bien démontrée, d'ailleurs, par les expérimentateurs.

Durant l'arrêt de la respiration par la faradisation, nous avons balancé l'animal, et alors nous nous

sommes aperçus que le *tracé diaphragmatique reparaissait sous l'influence du balancement* et cessait avec lui. — Donc, l'excitation du but central des pneumogastriques, comme aussi leur irritation à l'état normal, donne les mêmes résultats, soit réapparition du tracé diaphragmatique, pendant le balancement, quoique ce tracé ait été en arrêt par le courant faradique.

Nous aurions pu obtenir le même résultat par les *nerfs phréniques*, qui naissent de la quatrième et cinquième paire cervicales et agissent sur la contraction du diaphragme. Leur section enlève les mouvements du diaphragme. Or, Paul Bert a bien montré que la contraction du diaphragme a pour double effet d'agrandir le diamètre transversal du thorax à sa région inférieure et de le rétrécir à sa région supérieure. Quant à l'expiration, c'est un acte passif, un retour à l'état de repos, d'où l'inspiration a fait sortir le poumon et le thorax. Les muscles de l'abdomen n'entrent qu'assez rarement en action. C'est surtout par l'élasticité des poumons et en partie par l'élasticité thoracique que l'expiration s'accomplit. En outre Paul Bert a démontré que le tissu pulmonaire est contractile et que sa contraction est sous la dépendance du nerf pneumo-gastrique.

La section des pneumo-gastriques augmente beaucoup la vitesse du sang et la pression dans les artères, car la section des pneumo-gastriques augmente la fréquence des battements du cœur. — La section de la moelle épinière à la région occipito-atloïdienne imprime à la circulation une rapidité extraordinaire. Les pulsations sont plus fortes et plus nombreuses. En supprimant l'action des nerfs vaso-moteurs, on produit

le relâchement des vaisseaux et l'on rend plus faible le passage du sang des artères aux veines.

M. Brown-Sequard enseignait dernièrement que l'excitabilité rythmique du cœur existe dans son arrêt, après l'excitation des nerfs vagues par le courant induit; comme preuve, il cite que, si durant la faradisation, nous passons le courant continu, alors le cœur commence à battre. Cette explication ne pourrait pas se prêter à propos de nos expériences, où les tracés réapparaissent avec le balancement, malgré que la faradisation continue?

Compression du ventre par la bande d'Esbach. — Refoulement des intestins. — Action sur la respiration.

Vers la fin d'avril 1887, nous avons essayé, dans une série d'expériences sur des chiens et des lapins, l'action de la compression du bas-ventre par la bande d'Esbach, pour refouler les intestins et les autres viscères vers le diaphragme, et empêcher ainsi leur déplacement pendant le balancement. Ensuite, nous avons porté la compression jusqu'aux insertions du diaphragme, en comprimant la moitié inférieure du thorax.

Ces expériences ont eu pour objet d'étudier si la compression directe du diaphragme, ou celle par le refoulement des intestins, pouvait nous renseigner sur les changements de la respiration et de la contraction diaphragmatique. Nous publierons très prochainement les résultats de ces études avec les tracés relatifs, en collaboration avec M. Dastre.

La température rectale, pendant que la bande d'Esbach fonctionnait, est descendue jusqu'à 35°,5. Dix minutes après la suppression de la bande, la température est remontée à 36°,2.

Résumé de nos expériences sur la table à vivisection.

a). *Chiens.* — Pendant le début du balancement, les respirations et surtout la diaphragmatique, deviennent plus fréquentes et moins amples. Mais plus l'expérience avance, plus les respirations deviennent profondes et moins fréquentes. — Sur un chien chez lequel nous avons arrêté la circulation cérébrale par la compression des carotides et vertébrales, le balancement a donné des respirations très amples avec des battements de cœur faibles.

Par des expériences sur des chiens vivants et morts nous avons constaté sur les tracés respiratoires la grande influence qu'ont les intestins sur les mouvements du diaphragme pendant le balancement.

b). *Lapins.* — Pendant le balancement, les lapins ont les oreilles dressées ; ils ne veulent pas manger : leurs pupilles se dilatent ; ils ont souvent le tremblement des membres. La température rectale descend de 1° à 2° et même de plus ; mais cet abaissement de la température n'a pas été constant. Après un balancement prolongé, la démarche devient difficile et lente. Les lapins préféreraient plutôt rester immobiles pendant quelques minutes. Malgré une immobilisation longue (de quatre heures), sans balancement, sur la table à vivisection, la température rectale des lapins est restée normale.

Quand les respirations s'arrêtent par la faradisation des pneumo-gastriques, et qu'en même temps nous balançons, alors, malgré la faradisation, le diaphragme subit des mouvements pathétiques par la pression intestinale, qui se fait sentir pendant la chute de la tête. Nous avons obtenu le même résultat par la section des pneumo-gastriques, l'excitation de leur but central et le balancement du lapin. Les respirations s'arrêtant par la faradisation réapparaissent par le balancement quoique la faradisation continue. *(A suivre.)*

REVUE CRITIQUE

LA CATATONIE [1];

Par J. SÉGLAS, médecin-suppléant de la Salpêtrière, et PH. CHASLIN, médecin-suppléant de Bicêtre.

II.

Mais à côté de ces auteurs qui admettent la conception de la catatonie[2], il en est d'autres qui sont d'un avis tout opposé.

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, n° 44, p. 244.

[2] Nous citerons encore quelques travaux sur la catatonie que nous n'avons pu nous procurer, Rush, Diss. inaug, 1879. — Rebs : *Ein fall von Katatonie.* Diss. Erlangen, 1877. — Jensen : *Allg. Encycl.* Bd. XXIV. — Dans une des dernières séances (2 nov. 1887) de la Société de médecine de Berlin, à propos d'une communication de M. Moll, sur l'hypnotisme, M. Jensen a rappelé la catatonie de Kalhbaum qui se range près des états épileptiques et inconscients, et qui a aussi une certaine ressemblance avec l'hypnotisme. (*Deutsche mediz. Zeit.*, 10 nov. 1887, p. 1026.)

Arndt[1] rejette l'existence comme forme essentielle, de la folie de tension (Spannungs-Irresein).

Westphal[2] admet, comme l'auteur de la catatonie, que la stupeur n'est pas forcément accompagnée de mélancolie et qu'elle se produit quelquefois dans la « Verrücktheit » (folie systématisée) avec le délire des grandeurs le mieux caractérisé, mais la catatonie n'est pas une forme spéciale d'aliénation, elle n'est qu'une verrücktheit aiguë un peu particulière, les troubles moteurs ne sont pas des crampes et ils n'ont pas l'importance que veut leur donner Kalhbaum.

Tigges[3] donne à l'assemblée des aliénistes allemands à Nuremberg, en 1877, une statistique de cas divers d'aliénation dans lesquels il trouve des signes qu'on attribue à la catatonie : il n'admet nullement cette forme et pour lui la stupeur et les autres phénomènes catatoniques proprement dits ne sont que des symptômes.

Von Rinecker[4] lit à l'assemblée des aliénistes de 1880, à Eisenach, un travail de Fink sur l'hébéphrénie. Dans ce mémoire, Fink donne trois cas d'hébéphrénie qui ressemblent beaucoup, dit-il, à la catatonie et en présentent à peu près tous les symptômes. Il cite Hecker (*Allg. Z. f. Pych.*, Bd. XXXIII, S. 612) qui rapporte un cas de catatonie suivie d'hébéphrénie. Mais pour lui Fink, la catatonie est d'un pronostic bénin, la folie de la puberté est très grave. Une discussion s'engage à ce sujet. Sander n'admet pas l'existence de l'hébéphrénie et conteste l'interprétation de Hecker. Mendel rejette, à la fois, la folie catatonique et celle de la puberté. Sander reprend et dit que ce sont des tentatives nuisibles à une bonne classification. Enfin Rinecker déclare admettre l'hébéphrénie et pas la catatonie.

Krafft Ebing[5] fait de la catatonie de Kalhbaum une variété

[1] Arndt. — *Ueber Tetanie und Psychose* (*Allg. Z. f. Psych.*, 1874, Bd. XXX, S. 28) et *Ueber Katalepsie und Psychose.* (*Ibid.* S. 53.)

[2] Westphal. — *Ueber die Verrücktheit.* (*Allg. Z. f. Psych.*, Bd. XXXIV, 1878. S. 252.)

[3] Tigges. — *Kahlbaum's Katatonie.* (*Allg. Z. f. Psych.* Bd. XXXIV, 1878. S. 731.)

[4] v. Rinecker. — *Ueber die Bedeutung der Hebephrenie*, etc. (*Allg. Z. f. Psychiatrie.* Bd. 37. S. 570. — Fink. — *Beitrag zur Kenntniss*, etc. *id.* S. 490.

[5] Krafft Ebnig. — *Lehrb*, 2e éd. t. II.

de la folie circulaire. Tamburini[1] au cinquième congrès de la Société phréniatrique de Sienne, en septembre 1886, a rapporté quelques observations de catatonie et de mélancolie attonita avec phénomènes cataleptiques. Il se demande si les cas décrits comme typiques méritent de constituer vraiment uue forme morbide spéciale parce que les phénomènes catatoniques se peuvent rencontrer ailleurs et parce que la marche est celle des vésanies typiques. Pour lui, la rapportant aux formes acceptées dans nos classifications, il incline à la considérer comme une folie circulaire avec phénomènes catatoniques.

Telles sont en somme les principales tentatives qui ont été faites pour isoler la catatonie des formes vésaniques voisines. Nous avons pu déjà être frappés des dissidences qui existaient entre les auteurs non seulement sur des points de détail, mais sur la façon même d'envisager la maladie dans son ensemble, l'opinion de Schüle notamment différant assez de celles exposées dans les autres ouvrages que nous avons analysés. D'un autre côté nous avons vu que beaucoup d'aliénistes rejetaient dans son ensemble la conception de la catatonie. Nous en citerons enfin d'autres qui, sans émettre une opinion quelconque sur la catatonie, rapportent cependant des observations analogues mais sous des étiquettes différentes. D'ailleurs même avant le mémoire de Kalhbaum[2], on rencontre dans les livres spéciaux de nombreux cas de catatonie non différenciés et classés dans la manie, la mélancolie, l'extase, la stupeur, les phénomènes catatoniques proprement dits n'ayant pas frappé les observateurs autrement qu'à titre de complications (Hardy[3], Clevenger[4], Burrow[5], Kelp[6], Guislain[7], Griesinger[8], Morel[9]).

[1] Tamburini. — *Sulla Catatonia.* (Riv. sp. di fren, 1886.)

[2] D'après Hammond (*loc. cit.*) un des premiers cas de catatonie se trouve dans les croquis de Bedlam.

[3] Hardy. — *Am. journ. of neur. and Psych.*, t. III.

[4] Clevenger. — *Ibid.*

[5] Burrow. — *Commentaries*, 1828.

[6] Kelp. — *Corresp. blatt. f. Psych.*, 1863, p. 357 et 1864, p. 322.

[7] Guislain. — *Leçons orales sur les Phrénopathies*, 1852.

[8] Griesinger. — *Traité des malad. ment.* (trad. franç. de Doumic, 1865.)

[9] Morel. — *Etudes cliniques*, t. II, p. 275 et suiv. 292, 293.

Mais de l'avis même des partisans de la catatonie, c'était sous le nom de stupeur que l'affection avait été pour la plupart du temps diagnostiquée et décrite surtout en France (Baillarger[1].) Aujourd hui encore, depuis le travail de Kalhbaum, beaucoup d'aliénistes continuent, comme par le passé, à rapporter ces faits comme des variétés de différentes maladies.

M. Cullerre[2] a publié une observation de catalepsie chez un hypochondriaque persécuté que nous trouvons mentionnée par les auteurs allemands, ainsi qu'une autre observation de Lagardelle[3] d'un cas de catalepsie consécutive à une manie aiguë. Ces observations à notre avis ne rappellent que de bien loin la catatonie de Kalhbaum.

M. Dagonet[4] semble rattacher ces faits à la stupidité : les mêmes idées se trouvent exprimées dans le livre récent de Krœpelin[5]. Parmi les observations de mélancolie avec stupeur et phénomènes cataleptiques, publiées sous ce titre depuis le mémoire de Kalhbaum et que nous avons pu recueillir, nous citerons celles d'Angelucci[6], Wiglesworth[7], J. Voisin[8], Wagner[9]. Dans d'autres analogues (J. Adam[10], Sankey[11]) l'hystérie paraît évidente mais n'a pas été mise en relief. Dans un autre cas semblable, Fritsch[12] insiste sur l'influence de la dégénérescence et de l'hystérie.

L'influence de la dégénérescence est aussi admise par

[1] Baillarger. — *Ann. med. psych.* 1843 et 1853.

[2] Cullerre. — *Ann. med. psych.* 1877, p. 177.

[3] Lagardelle. — *Ann. med. psych.* 1871, p. 38.

[4] Dagonet. — *Traité des maladies mentales*, 1876.

[5] Krœpelin. — *Comp. der Psych*, Leipzick, 1883.

[6] Augelucci. — *Lo sperimentale*, mai 1880.

[7] J. Wiglesworth. — *On the pathology of certain cases of melancolia attonita or acute dementia* (*Journ. of ment. sc.*, 1883, p. 355.)

[8] J. Voisin. — *Notes sur un cas de mélancolie avec stupeur à forme cataleptique*, etc. (*Archiv. de neurolog.* 1877, t. XIII, p. 354.)

[9] Wagner. — *Anal. in Semaine medicale*, 6 juillet 1887, p. 280.

[10] J. Adam. — *A case of melancolia with stupor and catalepsy* (*Journ. of ment. sc.*, 1884, p. 508.)

[11] Sankey. — *Lectures on mental diseases.* 2e éd. 1884, p. 208, case XIII.

[12] Fritsch. — *Zur Kenntniss der melancholia attonita.* (*Wiener med. Presse*, 1878. S. 1,477, 1,512, 1,574.)

Maudsley[1] qui donne à propos de l'hébéphrénie une description comparable à celle de la catatonie et citée d'ailleurs par les partisans même de celle-ci.

Enfin dans son livre sur la folie à double forme, M. Ritti[2] signale la présence des états cataleptiques dans la période mélancolique ; il en rapporte quelques observations. Plusieurs sont empruntées à Krafft-Ebing, dont l'auteur semble, par suite, adopter la manière de voir.

III.

En résumé, nous nous trouvons en face de ces deux opinions : 1° ou bien la catatonie est une forme morbide essentielle ; 2° ou bien les cas rangés sous cette étiquette ne sont que des variations de types déjà connus et décrits. Examinons donc la première opinion qui fait de la catatonie une vésanie spéciale.

Parmi les caractères donnés comme pathognomoniques nous voyons figurer au premier rang les phénomènes catatoniques d'aspects les plus divers, puis certains symptômes particuliers tels que la verbigération, les attitudes pathétiques, les gestes stéréotypés, souvent bizarres, l'entêtement souvent systématique et enfin la marche cyclique de la maladie sur laquelle cependant quelques auteurs (Neisser) insistent moins que les autres.

Ici une question se pose, ces phénomènes catatoniques ainsi que d'ailleurs les autres énumérés ci-dessus sont-ils véritablement caractéristiques d'une forme mentale spéciale ? Considérons-les d'abord en eux-mêmes et isolément et commençons par les plus importants, les symptômes catatoniques proprement dits.

A. — Comme on peut le voir par la description de Kalhbaum, ces symptômes peuvent être des plus nombreux et des plus variables, spasmes généraux ou partiels, convulsions épileptiformes, hystériformes, choréiformes, tétani-

[1] Maudsley. — *Pathologie de l'esprit* (trad. franç. de Germont, 1883, p. 478.)

[2] Ritti. — *Traité clinique de la folie à double forme*, 1883, Obs. XI, XII, XIII.

formes ou états cataleptiformes et même les simples raideurs musculaires. En somme nous rencontrons là, isolées ou même réunies chez le même sujet, à peu près toutes les perturbations possibles dans le domaine du système nerveux moteur et des fonctions musculaires (sauf pourtant les paralysies). Sans considérer les cas où ces symptômes peuvent se montrer liées à des affections diverses (rhumatisme, fièvre typhoïde) et nous restreignant au domaine de la pathologie mentale, nous pouvons voir que chacun d'eux peut se rencontrer dans les formes psychopathiques les plus variées (Arndt, Krafft-Ebing[1], Freusberg[2], Edel[3].)

En premier lieu, nous pouvons placer les psychoses hystériques. L'hystérique aliénée n'en reste pas moins hystérique et le délire ne suspend pas ou ne remplace pas fatalement chez elle les manifestations somatiques de la névrose, convulsives, choréiformes ou tétaniformes. De même que les convulsions ou les contractures, les états cataleptiques sont aussi très fréquents chez les hystériques en dehors des attaques de catalepsie et de l'état hypnotique. En effet, si à l'état de veille les hystériques peuvent présenter l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la léthargie, l'hyperexcitabilité cutano-musculaire du somnambulisme, on peut rencontrer aussi chez eux la plasticité musculaire de la catalepsie. Lasègue[4] avait déjà signalé le fait de la catalepsie à l'état de veille chez les hystériques. M. Charcot[5], dans ses leçons sur les paralysies hystéro-traumatiques, a parlé d'un sujet hystérique qui présentait à l'état de veille l'immobilité cataleptique des membres placés dans les positions les plus variées. MM. Binet et Féré[6] ont repris dernièrement ces études dans un intéressant mémoire et ont rapporté de nouveaux exemples de ces faits de plasticité musculaire à l'état de veille.

[1] Krafft-Ebing. — *Lehrbuch*. B. I.

[2] Freusberg. — *Ueber motorische symptome bei einfachen Psychosen* (*Arch. f. Psych.* Bd. XVII, 1886. S. 757.)

[3] Edel. — (*Allg. Z. f. Psych.* Bd. XLII, 1886.)

[4] Lasègue. — *Catalepsies partielles et passagères*, *in Etudes médicales*, t. I, p. 899. — *Anesthésie et ataxie hystérique. Ibid.*, t. II, p. 85 et suiv.

[5] Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 357.

[6] A. Binet et Ch. Féré. — *Recherches expérimentales sur la physiologie des mouvements chez les hystériques*, *in Arch. de physiolog.*, 1er octobre 1887, p. 323.

Ces phénomènes peuvent aussi se rencontrer dans les états dégénératifs avec délire surtout du contenu mystique (Morel[1]) ou érotique et même en dehors de tout trouble délirant, dans l'imbécillité, par exemple; on les trouve aussi chez les épileptiques. Nous en rapporterons ici deux exemples que nous avons pu observer dans le service de notre excellent collègue M. Ch. Féré à Bicêtre.

Observation I. — L..., vingt-ans; a été élevé dans le service des enfants, attaques fréquentes d'épilepsie diurne et nocturne qui ont amené un affaiblissement intellectuel de plus en plus prononcé. Morsures de la langue. Aura en forme de boule; aucun signe d'hystérie, pas de perte de la sensibilité au tact, à la douleur, à la température. Pas de troubles du sens musculaire. Ce malade a la faculté singulière de conserver indéfiniment (plus d'une demi-heure) sans tremblement, ni sensation de fatigue les positions que l'on imprime passivement à ses membres ou qu'il veut lui-même prendre et garder et cela les yeux ouverts. Dans cet état les muscles présentent seulement une légère raideur.

Observation II. — F..., vingt-six ans. Epileptique depuis l'âge de dix-neuf ans. Petites secousses musculaires. Même propriété que l'autre malade, même plus prononcée : il reste, paraît-il, plus longtemps dans la même position. Pas de raideur chez lui quand un membre est étendu. D'ailleurs aucun signe d'hystérie, aucune perte de sensibilité ou du sens musculaire.

Ces troubles moteurs sont encore accentués dans la mélancolie et surtout dans la stupeur. Nous reviendrons plus tard sur ce point important de la nature de la stupeur : nous rappellerons seulement en passant que c'est sous ce nom que beaucoup d'auteurs ont décrit et décrivent encore la catatonie de Kahlbaum.

Guislain[2] signale aussi la fréquence de ces symptômes dans l'état qu'il décrit sous le nom d'extase, différent de l'extase de certains autres malades, surtout hystériques, pouvant aussi présenter les phénomènes que nous étudions (Morel[3], Michéa[4]).

[1] Morel. — *Traité des mal. ment.*, 1860. Note de la page 491 et *Etudes cliniques*, t. 2 p. 178.

[2] Guislain. — *Loc. cit.*

[3] Morel. — *Traité clinique des maladies mentales*, 1860, p. 491.

[4] Michéa. — *Dict. de Jaccoud*. Art. *Extase*.

Ils peuvent aussi accompagner les états de mélancolie symptomatique : on les rencontre par exemple dans les périodes de dépression de la folie circulaire (Ritti) et dans les différentes formes de l'intoxication alcoolique où ils sont pour ainsi dire la règle, se présentant sous forme de secousses, de crampes, de convulsions. Nous avons eu encore récemment l'occasion d'observer une femme alcoolique atteinte de stupeur panophobique qui présentait ces manifestations sous trois formes différentes, secousses musculaires, raideurs généralisées et aussi de l'immobilité cataleptiforme provoquée. M. B. Battaglia[1] a observé aussi des états cataleptiformes chez un individu intoxiqué par le haschich et il émet dans ce cas l'hypothèse de l'hystérie primitive.

Dans les autres formes de mélancolie, qui ne présentent pas l'état de depression mais des symptômes d'anxiété simple, on rencontre aussi des phénomènes de même espèce, bien différents d'ailleurs, des tremblements si fréquents de la mélancolie anxieuse. L'un de nous a pu recueillir un cas de ce genre et bien que l'observation soit fort incomplète, il nous semble intéressant de la rapporter, car elle présente plusieurs particularités qui la rapprochent de celles publiées par Kalhbaum dans le mémoire que nous avons analysé.

Observation III. — Mme C..., trente-quatre ans, soumise à notre observation le 1er septembre, est en proie depuis quinze jours à un accès de mélancolie anxieuse qui serait le quatrième. Nous n'avons aucun renseignement sur les antécédents. Anxiété très grande, terreurs panophobiques ; hallucinations nombreuses de la vue et de l'ouïe : elle voit des bêtes effrayantes, elle entend des voix qui lui disent qu'elle est un assassin, qu'elle a tué ses enfants. Idées de culpabilité; elle doit s'empoisonner, elle a peur pour les siens : gémissements continuels : elle ne reste pas en place et se promène continuellement comme une femme ivre, les les bras ballants, toujours prête à tomber. D'autres fois elle s'agite comme une désespérée. Elle répète toutes les paroles qu'on lui dit ou qu'elle entend autour d'elle. — Secousses dans le bras droit imprimant au membre un mouvement *à peu près* rythmé qu'on pourrait comparer à celui de la chorée malléatoire : nous n'avons d'ailleurs constaté chez elle aucun stigmate hystérique.

[1] B. Battaglia. — *Sul hascich e sua azione*. (*La Psychiatria*, 1887. Anno V, fasc. 1, p. 21.

30 *septembre.* — Elle n'est plus anxieuse, mais déprimée, conservant cependant ses idées mélancoliques, travaille un peu. Plus de mouvements du bras.

20 *octobre.* — Redevient hallucinée et anxieuse; *répète continuellement* : « *Mes pauvres enfants, mes pauvres enfants.* » *Marche à reculons; mouvements saccadés du bras droit.*

Novembre. — Mme C..., se dit criminelle, on va la guillotiner, la faire bouillir. Très anxieuse, a tout l'aspect d'une maniaque : cris, gémissements; continuellement en mouvement, elle a la démarche chancelante d'une personne ivre. Elle déclame et *chante d'un ton pathétique toutes les petites circonstances de sa vie.* — Mêmes mouvements saccadés du bras droit, presque continuels.

Cette malade, que nous avons perdue de vue, a guéri quelques semaines plus tard.

Ces phénomènes particuliers peuvent aussi se rencontrer dans les délires hypochondriaques (Cullerre), où Morel les avait déjà signalés[1]. Ils peuvent aussi être surajoutés aux états maniaques (Lagardelle). On sait d'ailleurs que dans les formes plus graves d'excitation, et en particulier dans le délire aigu, les troubles du système nerveux moteur peuvent être des plus accentués. Krafft-Ebing[2] signale aussi les états catatoniques chez les déments.

Il n'est pas même jusqu'à la paralysie générale qui ne puisse aussi, dans son cours, se présenter avec des phénomènes catatoniques variés. A côté des symptômes dits de paralysie, on peut rencontrer des phénomènes convulsifs variés, et des états de raideur signalés par Kalhbaum chez ses catatoniques. Nous avons eu encore récemment l'occasion d'observer à la Salpêtrière deux paralytiques générales, chez lesquelles ces raideurs, simulant la contracure, étaient des plus développées. Chez l'une d'elles, surtout, qui avait l'habitude de tenir ses membres en flexion forcée, on s'était vu obligé d'appliquer des appareils appropriés aux bras et aux mains, afin d'éviter les ulcérations qu'auraient pu produire les ongles. Il n'y avait d'ailleurs ni contractures, ni rétractions. Les exemples de ce genre sont des plus communs : nous n'y insisterons pas. Cependant nous rappellerons ici un inté-

[1] Morel. — *Traité des mal. ment.*, p. 712.

[2] Krafft. Ebing. — *Loc. cit.*, Bd. I.

ressant travail de Knecht[1], rapportant des cas de combinaison de paralysie générale et de catatonie. M. Sage[2] a, de son côté, étudié les mouvements choréiformes chez les paralytiques généraux.

Nous voyons donc qu'en somme, pris isolément, les phénomènes catatoniques n'ont rien de caractéristique, car ils se rencontrent dans une multitude d'affections vésaniques. Outre les désordres moteurs accidentels, spasmes, crampes, que l'on rencontre en dehors de l'aliénation mentale proprement dite, les désordres moteurs eux-mêmes, qui sont plus spéciaux à la folie et que Morselli[3] divise en états d'excitabilité réflexe exagérée des muscles (tétanie), états d'exagération du tonus musculaire (catalepsie), et états de distribution anormale de l'impulsion centrale motrice (paracinèse, tels que raideurs au début d'un mouvement), ces désordres eux-mêmes peuvent se rencontrer dans les états vésaniques les plus différents. En sorte que nous pouvons dire avec Arndt[4] que la folie de tension (spannungs-irresein) n'est pas une maladie, mais peut se développer sur les terrains les plus divers et sous les causes les plus variées.

D'ailleurs, même, en ne les considérant que dans les cas dits de catatonie, leur mode de développement, leur marche, leurs rapports avec les autres symptômes n'ont rien de spécifique et ne présentent aucun caractère régulier. On peut les rencontrer à toutes les périodes, dans toute la durée de la maladie, ou à une seule période : ils peuvent dominer la scène ou être considérablement effacés. Et dans leurs rapports avec les autres phénomènes, ils ont été considérés comme primitifs aux idées délirantes, ou comme secondaires, ou comme indépendants. Ajoutons, d'ailleurs, que dans leur essence même ils semblent, pour nous, différer complètement les uns des autres; d'abord, leurs manifestations extérieures ont des modes très variés, puis ils peuvent être spontanés ou non, et nous admettons fort bien que, s'ils sont le plus souvent la conséquence d'idées délirantes, il n'y a rien d'impossible à ce qu'ils puissent d'autres fois en changer la direction, en sug-

[1] Knecht. — *Ueber die katatonische Erscheinungen in der Paralyse.* (*Allg. Zeitsch, f. Psych.*, Bd. XLII, 1886.)

[2] Sage. — Thèse de Lyon, 1884.

[3] Morselli.— *Manuale di semejotica delle malatti mentalie*, Turin 1886.

[4] Arndt. — *Loc. cit.*

gérer de nouvelles. D'autre part, ils peuvent être indépendants de toute idée délirante; et l'on peut voir que, chez certains malades, ils semblent soumis à l'influence de la volonté et n'être qu'un simple phénomène d'attention se produisant d'ailleurs en dehors de tout symptôme d'effort, ou avec un effort minime, mais disparaissant si l'on fixe sur un autre point l'attention du sujet. C'est là un fait qui a été constaté sur un des malades de M. Ch. Féré et sur une femme que nous avons observée à la Salpêtrière. Dans d'autres cas, ces phénomènes semblent être en dehors du domaine de la volonté, indépendants de l'attention du malade, inconscients et pouvant, comme dans notre dernière observation, s'expliquer par des altérations du sens musculaire.

B. — Mais à côté de ces symptômes il en est d'autres en rapport plus étroit avec les troubles psychiques et que Kalhbaum donne également comme caractéristiques de la catatonie. Et même il les considère au point de vue pathogénique comme étant de la même nature que les précédents. Citons la verbigération, le mutisme, les gestes stéréotypés, les attitudes pathétiques, la résistance systématique. C'est ainsi que, dominé par l'idée de l'élément spasmodique capital dans la forme qu'il veut décrire, Kalhbaum fait de la verbigération une crampe du centre cérébral des organes de la parole; il en serait de même du mutisme, qui serait dû à une convulsion tonique, à l'inverse de la verbigération, due à une convulsion clonique. De même encore les gestes stéréotypés seraient des faits de crampes combinées. Il nous suffira de signaler ces faits : de telles hypothèses physio-pathologiques ne sont même pas à discuter; si ce sont des vues de l'esprit ingénieuses, ce n'est pas une base assez solide pour y édifier une nouvelle forme nosologique. D'ailleurs, quelle que soit l'explication de ces phénomènes, et en les considérant au point de vue purement clinique, ils n'ont pas, à notre avis, l'importance que leur donne Kalhbaum. Nous remarquons tout d'abord qu'après avoir donné la verbigération comme un signe diagnostique important, Kalhbaum ajoute qu'au cours de la maladie elle peut se transformer en l'une quelconque des formes dont il la distingue auparavant (redesucht ordinaire, radoterie des affaiblis, idéorrhée, confabulation). D'un autre côté, à notre avis, cette verbigération n'a rien de caractéristique, car on peut la rencontrer souvent ailleurs, en particulier dans les

états d'affaiblissement intellectuel primitifs ou secondaires. Vogelgesang et Jastrowitz [1] la signalent aussi dans la paralysie générale. Les gestes stéréotypés, comparables à des tics, sont aussi fréquents dans les mêmes cas d'affaiblissement mental [2] avec ou sans coexistence d'un délire qui, lorsqu'il existe, les explique souvent sans qu'il soit besoin d'invoquer pour cela une crampe coordonnée de certains centres cérébraux. Un exemple bien connu est celui du *gémisseur*, de Morel [3]. Quant aux attitudes pathétiques, bizarres, parfois comme cabalistiques, elles sont des plus fréquentes dans les vésanies, surtout lorsqu'elles sont entées sur un fonds dégénératif dont elles seraient même toujours caractéristiques pour certains auteurs [4]. L'entêtement et la résistance systématique n'ont rien non plus de bien particulier, car ils sont le plus souvent l'apanage de tous les états mélancoliques, si bien même qu'on a pu donner à la mélancolie le nom de folie d'opposition (Guislain [5]). Le mutisme aussi se rencontre dans les mêmes états, surtout de mélancolie profonde, dont il est presque un symptôme obligé, et sans qu'il y ait coïncidence du moindre phénomène catatonique.

C. — La marche dite cyclique de la maladie ne présente non plus rien de caractéristique : car les états variables par lesquels passe le malade n'ont rien de régulier dans leur mode d'apparition ou de succession. On peut s'en convaincre en lisant les descriptions et les observations de Kalhbaum qui, pour retrouver les mêmes phénomènes, va jusqu'à chercher dans la vie antérieure du malade un accès de manie survenu plusieurs années avant, afin d'établir la suppléance avec une période maniaque d'un accès de catatonie proprement dite, sans compter que ce n'est pas toujours cette période maniaque qui ouvre la scène de la catatonie. Outre que cette excitation maniaque nous paraît être souvent de l'anxiété mélancolique, bien des malades observés se présen-

[1] *Allg. Zeitsch, f. Psych.*, Bd. XLII, 886. S. 331.

[2] R. Brugia e S. Marzocchi. — *Dei movimenti sistematizzati in alcune forme diindebolimento mentale.* (*Arch. ital. per le mal. nerv.*, septembre 1887.)

[3] Morel. — *Etudes cliniques*, t. I, et *Traité des mal. ment.*, p. 713.

[4] Tanzi et Riva. — *La Paranoia, contributo alla storia delle degenera Zioni psichiche.* (*Riv. sper. di fren.*, 1884-85-86.)

[5] Guislain. — *Loc. cit.*

tent aussi tout d'abord comme des mélancoliques déprimés. D'un autre côté, le cycle de la maladie n'a rien de véritablement régulier. On remarque plutôt simplement, comme le dit Hammond [1], des alternatives plus ou moins régulières d'excitation se présentant aussi bien sous la forme d'excitation maniaque que d'*anxiété mélancolique*, puis de dépression pouvant aller jusqu'à la stupeur. Prise dans son ensemble, ce serait, en somme, la marche générale par phases successives des vésanies signalées par Guislain, Zeller, Griesinger. Ajoutons que Kalhbaum reconnaît « que les maladies mentales en général, ainsi que la catatonie, commencent par la mélancolie, continuent par la manie, puis passent à la Verwirtheit et enfin à la démence ». Autre part, il dit « que la mélancolie attonita, qui a été considérée jusqu'à présent comme une forme spéciale, ne se développe cependant primitivement que très exceptionnellement, et en général suit plutôt un état de mélancolie simple, ou un état de mélancolie qui suit une manie, de telle sorte que la mélancolie attonita est la troisième phase du processus complet qui se termine par guérison ou démence. » C'est là un fait clinique incontestable, signalé d'ailleurs depuis longtemps et souvent vérifié (Morel [2], Guislain, Griesinger [3], Dagonet [4]). Si bien que « pour la même attaque de maladie il y a quatre phases constitutives. Il s'ensuit, en accord avec Guislain, Zeller, Griesinger, que les vésanies ont différentes phases et que, pas plus que la mélancolie simple, la manie ou la démence, la mélancolie attonita ne doit être considérée comme une forme particulière. » L'argument est peut-être excellent pour Kalhbaum, qui veut considérer la mélancolie attonita simple comme une catatonie mitis; mais pour nous, qui admettons difficilement une catatonie sans phénomènes catatoniques et qui espérons n'être pas contredits en disant que bien des cas de stupeur observés dans les asiles ne présentent pas les phénomènes catatoniques de Kalhbaum, pour nous, donc, l'argument ci-dessus nous semble de peu de poids. Et comme nous venons de voir plus haut qu'il assimile aussi la marche de la catatonie

[1] Hammond. — *Loc. cit.*

[2] Morel. — *Traité des mal. ment.*, p. 489, et *Études cliniques*, t. II, p. 257.

[3] Griesinger. — *Loc. cit.*, p. 295.

[4] Dagonet. — *Loc. cit.*

à celle des vésanies en général, nous en disons ce qu'il dit de la melancolia attonita, à savoir qu'elle ne doit pas être considérée comme une forme particulière, au moins pour sa marche. Nous avons vu, d'ailleurs, ce qu'on pouvait dire de ses symptômes en particulier.

En somme, isolément, aucun des signes que nous venons de passer en revue ne peut à lui seul caractériser une forme psychopathique spéciale. En est-il autrement de leur ensemble?

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS

DEUX CAS D'ATHÉTOSE DOUBLE AVEC IMBÉCILLITÉ ;

Par BOURNEVILLE et PILLIET[1]

Il nous faut maintenant faire ressortir l'analogie du *début*, des *symptômes* et de la *marche* de la maladie dans nos deux observations.

1° Les phénomènes d'athétose auraient été remarqués dès les premiers jours de la naissance chez D... et ils auraient, par conséquent, une origine intra-utérine; ils sont survenus vers le milieu de la première année chez Lem... à la suite de *convulsions* (trois à six mois).

2° Les *facultés intellectuelles* se sont développées lentement et sont toujours restées au-dessous de la moyenne, surtout chez Lem... Sous ce rapport, ils rentrent l'un et l'autre dans la catégorie des imbéciles. L'imbécillité est toutefois plus prononcée chez Lem... que chez D... ; tous deux ont de la *mémoire* et leur *physionomie* est niaise, mais nullement hébétée. — Ils ont *marché* tardivement, et ce n'est qu'à force d'exercices répétés qu'on est parvenu à ce résultat. Encore ne peuvent-ils le faire que d'une manière imparfaite. Lem... ne s'avance que

[1] Voir *Arch. de Neurol.*, t. XIV, 1887, p. 386 (novembre).

soutenu des deux côtés ou à l'aide du chariot. A cet égard, D... l'emporte notablement sur Lem..., car il lui est possible, quoique très lentement et très péniblement, de marcher seul.

La *parole*, réduite à quelques mots chez ce dernier, est, au contraire, développée chez le premier qui est capable d'entretenir une conversation. La voix est nasonnée, gutturale et la parole est scandée; tous les deux sont obligés d'exercer un effort avant de parler. La parole s'accompagne chez tous les deux de contractions et de *contorsions des lèvres* auxquelles prennent part d'autres muscles de la face.

Lorsqu'ils sont *assis*, on observe quelques *mouvements* des membres, de la face ou de la tête. Ces mouvements augmentent lorsqu'ils se mettent *debout*, ce qui exige une violente contraction des muscles, les cuisses se rapprochent, les genoux sont en contact, les jambes très écartées. Dans la *marche* les membres inférieurs sont demi-fléchis, les cuisses toujours rapprochées ainsi que le genou et l'un des membres supérieurs est élevé, servant en quelque sorte de balancier. Les *pieds* se soulèvent parfois plus haut qu'il ne convient et ils ne reposent pas en totalité sur le sol. La marche s'effectue à peu près en ligne droite et se complique presque toujours de *mouvements d'athétose*, qui sont très évidents aux orteils, lorsque les malades marchent pieds nus, ce qu'ils déclarent moins bien faire qu'avec leurs souliers. La marche n'est pas modifiée par l'occlusion des yeux.

La *sensibilité générale*, la *sensibilité spéciale*, la *notion de position*, la *direction des mouvements*, la *force musculaire* sont conservées. Il en est de même du *réflexe à la lumière* et du *réflexe d'accommodation*.

Dans l'*acte de la préhension* (saisir une cuiller ou un verre et les porter à la bouche), la main droite décrit des oscillations assez grandes, avec conservation de la direction du mouvement, l'objet est saisi énergiquement et porté presque sans oscillations jusqu'à la bouche : en un mot, mouvements choréiformes prononcés dans la première partie de l'acte (du point de départ à la préhension de l'objet) et presque nuls dans la seconde (du moment où l'objet est saisi jusqu'à son arrivée à la bouche). Ni l'un ni l'autre de nos malades n'a de *vertiges* et n'offre de *nystagmus*.

La *marche* de l'*athétose double* offre des caractères tout à fait

particuliers. Sous l'influence des exercices musculaires, on parvient d'abord à faire tenir les malades debout, puis à les faire marcher en les soutenant sous les bras, enfin, on perfectionne la marche à l'aide du chariot. Chez nos deux malades nous avons eu recours, en outre, à l'*hydrothérapie*. Il est certain aussi que chez des malades plus jeunes on obtiendrait une amélioration beaucoup plus considérable en y adjoignant la *gymnastique*. Les *facultés intellectuelles* peuvent être également cultivées dans une mesure qui varie avec l'intensité de la maladie, c'est-à-dire le *degré d'imbécillité* ou d'*idiotie*. En résumé, il s'agit là d'une affection susceptible d'être modifiée très avantageusement, mais non d'une maladie qui suit une marche progressivement ascendante du début à la mort.

Les maladies qui paraissent se rapprocher le plus de l'*athétose double*, sont la *sclérose en plaques*, l'*ataxie locomotrice*, l'*ataxie héréditaire* et la *chorée*.

Dans la forme cérébro-spinale de la *sclérose en plaques*, on observe des *troubles de la vue :* diplopie, amblyopie, nystagmus, exagération des réflexes pupillaires sous l'influence de la lumière, qui tous font défaut dans l'athétose double. Les *vertiges*, fréquents dans la dernière maladie, sont absents dans la seconde. Les *troubles psychiques* (hallucinations, délire mélancolique, etc.), l'affaiblissement des facultés intellectuelles, les *attaques apoplectiformes* qui sont assez fréquentes dans la sclérose en plaques ne paraissent pas se rencontrer dans l'athétose double.

Les *troubles de la parole* se ressemblent au premier abord. Toutefois, un examen attentif fait bientôt reconnaître des différences. Dans l'athétose double, l'émission des mots s'accompagne de mouvements convulsifs des lèvres et des autres muscles de la face qui n'existent pas, chez les malades atteints de sclérose en plaques et tandis que les troubles de la parole vont en s'aggravant dans la sclérose en plaques, ils restent stationnaires dans l'athétose double. Nous croyons même que chez des sujets jeunes et soumis à des exercices méthodiques, ils pourraient s'atténuer dans une certaine mesure.

Les *symptômes moteurs* sont également très différents. Comparons, par exemple, l'acte de boire ou de porter une cuiller à

la bouche : à partir du début de l'acte, dans la sclérose en plaques, le *tremblement* va sans cesse en augmentant et souvent les malades ne peuvent atteindre le but. Chez nos malades, au contraire, le tremblement paraît moins accusé à partir de l'instant où le verre est saisi, jusqu'à son arrivée à la bouche. Enfin, le tremblement s'aggrave de plus en plus à mesure que la sclérose en plaques fait des progrès, tandis qu'il reste le même, ou peut diminuer chez les malades atteints d'athétose double.

Dans la sclérose en plaques, on note au début une *parésie* affectant une seule jambe, puis gagnant l'autre; plus tard une *paraplégie*, qui peut s'améliorer au point de rendre la marche possible, mais qui reparaît après une rémission plus ou moins longue, devient alors très prononcée et se complique de *contracture* dans l'extension et souvent d'*épilepsie spinale* (paraplégie spasmodique). Ces phénomènes paralytiques diffèrent trop de ceux que nous avons consignés chez nos malades pour qu'il soit nécessaire d'insister. Enfin, la *marche des deux affections* n'est pas la même; d'une façon générale, la sclérose en plaques tend à s'aggraver de plus en plus pour aboutir, parfois après des *rémissions*, à une issue fatale. Nous avons vu que l'athétose double était au contraire susceptible d'un amendement d'autant plus sérieux que le traitement était institué à une époque plus rapprochée de la période d'invasion de la maladie. Passons maintenant à la comparaison de l'*athétose double* avec l'*ataxie locomotrice*.

Le *début* après vingt ans, les *symptômes oculaires* (diplopie, strabisme, amaurose, induration grise, inégalité des pupilles), les *douleurs fulgurantes*, les plaques anesthésiques ou hyperesthésiques, la perte de notion de la position des membres et de la résistance du sol, la difficulté ou l'impossibilité de se tenir debout dans l'obscurité complète ou quand les yeux sont fermés, qui caractérisent l'*ataxie locomotrice* manquent tous dans l'*athétose double*.

L'*incoordination motrice tabétique* ne ressemble pas à l'incoordination athétosique : en ce qui concerne les membres inférieurs, si l'athétosique et l'ataxique soulèvent les pieds plus qu'il ne convient, l'athétosique ne projette pas brusquement ses jambes de côté à l'instar d'un polichinelle et ne s'écarte pas de la ligne droite comme l'ataxique. Quant à

l'incoordination motrice des membres supérieurs chez l'ataxique elle se distingue de l'incoordination athétosique en ce que le désordre moteur est de plus en plus marqué à mesure que l'index, par exemple, se rapproche du nez, et que l'occlusion des yeux l'exagère considérablement, tandis que chez l'athétosique le tremblement ne va pas en s'accroissant du point de départ au but, qui est toujours atteint et que l'occlusion des yeux n'a pas d'influence.

On n'a pas encore observé, que nous sachions, dans l'athétose les *troubles viscéraux* (crises gastriques, laryngées, néphrétiques, vésicales, parésie vésicale, cystite), les *troubles trophiques* (arthropathies, fractures, atrophie musculaire, eschares) qui compliquent si souvent l'ataxie locomotrice. Enfin la *marche* des deux maladies ne présente aucune analogie.

Dans l'*ataxie héréditaire*, maladie de la puberté et non de la première enfance, les troubles moteurs, qui ont le caractère ataxique et ne s'observent, au moins durant longtemps, qu'à l'occasion des mouvements, débutent par les jambes envahissent plus tard les membres supérieurs et vont en augmentant progressivement. La marche, peu modifiée à l'origine, devient de plus en plus difficile ; au bout d'un certain temps, la station debout et la déambulation avec les yeux fermés ne sont plus possibles et enfin, aux périodes les plus avancées, la force musculaire s'affaiblit et les malades demeurent confinés au lit (paraplégie). Dans l'athétose double, même au repos, on note des mouvements des doigts, des orteils, de la face, etc. ; les désordres de la motilité sont généralisés ; la marche s'améliore et n'est pas modifiée par l'occlusion des yeux.

Les troubles de la *parole* qu'on remarque chez les athétosiques dès qu'ils commencent à parler ne se manifestent qu'un temps assez long après l'apparition de l'incoordination motrice chez les malades atteints d'ataxie héréditaire. On voit enfin se produire, chez eux, des vertiges, du nystagmus et des douleurs fulgurantes, symptômes qui ne se montrent pas chez les athétosiques. Disons enfin que l'évolution de l'ataxie héréditaire, si elle est lente, n'en est pas moins fatalement progressive [1].

[1] Consulter sur ce sujet, Brousse : *De l'ataxie héréditaire* (maladie de Friedreich), 1882. — Ch. Féré : *Progrès médical*, 1882. (Bibliographie détaillée).— J.-M. Charcot : *Gaz. des hôpitaux*, 1884, et *Progrès médical*, 1887, 2e série, t. V, p. 453, — Voir aussi dans les *Archives de Neuro-*

Il ne nous reste plus qu'à établir le diagnostic différentiel entre la chorée et l'athétose double. La *chorée vulgaire* est exceptionnelle avant l'âge de six ans; le plus souvent, à l'origine, elle est limitée à une partie du corps, surtout au côté gauche, elle se généralise ensuite plus ou moins rapidement; dans l'athétose double le tremblement paraît atteindre son maximum d'intensité et d'étendue dès le début.

A la période d'état, le choréique est agité par les mouvements les plus désordonnés. Assis, il porte brusquement la tête de tous côtés, grimace étrangement, ouvre ou ferme convulsivement la bouche qui est tirée en divers sens, allonge la langue malgré lui, fléchit et détend violemment les bras ou les jambes et souvent glisse de sa chaise. La brusquerie et l'étendue des mouvements du choréique, diffèrent tout à fait des mouvements lents et circonscrits que l'on observe dans la situation assise chez les athétosiques.

Debout ou dans la marche, l'agitation est encore plus prononcée : le choréique fléchit subitement tantôt sur une jambe tantôt sur l'autre ; il est projeté de côté en avant ou en arrière, se cogne contre les objets environnants, se contusionne, soit dans ses mouvements incohérents, contradictoires et illogiques, soit dans ses chutes répétées.

L'athétosique est en quelque sorte maître de sa langue, qu'il ne mord pas, qu'il peut porter dans tous les sens et maintenir hors de la bouche. Il n'en est pas de même du choréique, dont la langue sort ou rentre, se porte à droite au lieu de se porter à gauche quoiqu'il fasse pour la diriger, et qui est souvent blessée par le rapprochement intempestif des mâchoires.

Dans les actes intentionnels du choréique, des gesticulations violentes, contradictoires, troublent la direction générale du mouvement et font manquer le but, tandis que chez l'athétosique la direction générale du mouvement est conservée.

Les troubles cardiaques, la diathèse rhumatismale, si communs dans la chorée vulgaire, nous semblent manquer dans l'athétose double. Enfin la chorée, si elle affaiblit un peu l'intelligence des enfants ou des adolescents, qu'elle fait parfois revenir

logie l'analyse des travaux de Schmid (t. I, p. 695), Gowers (t. IV, p. 90), Hammond (t. V, p. 117), et l'observation de M. P. Blocq (t. XIII, p. 217); le mémoire très intéressant de M. P. Marie sur la *Sclérose en plaques chez les enfants* (*Revue de médecine*) et enfin la thèse de M. de Souza : *Estudo clinico da ataxia hededitaria de Friedreich*. Rio de Janeiro, 1888 (112 cas).

en arrière, elle ne coexiste pas avec l'imbécillité ou l'idiotie.

La *marche* des deux maladies n'est pas non plus comparable. Le tremblement reste à peu près toujours le même chez l'athétosique; il offre, au contraire, des exacerbations et des rémissions chez le choréique, présente une période d'aggravation progressive, une période d'état, puis décroît avec une plus ou moins grande rapidité.

La *chorée rhythmée*, caractérisée aussi par des mouvements involontaires, impulsifs, cadencés, se reproduisant suivant un rhythme régulier, imitant certains mouvements d'expression, tels que ceux de la danse, ou bien certains actes professionnels, comme les mouvements des rameurs ou des forgerons[1], et liée d'ordinaire à l'hystérie, diffère trop de l'athétose double pour qu'il soit utile d'établir un parallèle minutieux entre les deux affections.

Là se terminent les considérations que nous avons à présenter à propos de nos deux malades. De nouvelles observations nous fourniront prochainement l'occasion de revenir sur ce sujet encore peu connu[2].

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XII. Tabes accompagné de folie systématique; paralysie générale terminale; par W. Sommer. (*All. Zeitsch. f. Psych.*, XLII, 4.)

Observation très intéressante. Tabes suivi de folie systématique hallucinatoire; douze ans plus tard, paralysie générale.— *Anatomie pathologique*. Lésions tabétiques; lésions de la folie systématique (leptoméningite chronique, atrophie de l'écorce, hydrocé-

[1] Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 220, et t. III, p. 216.

[2] Consulter : Clay Shaw. — *On athetosis or mibeulletz with ataxia* (*St Bartholomew's Hospital Reports*, vol. IX, p. 130, 1873); — Dulmont, *Etude clinique snr l'athétose*, 1878; — Clifford-Albutt (*Med. Timer and*, Gazette, 1872); — Purdon *British med. Journ.*, 1873; — Kurella, *Athetose bilaterale* (*Centralblatt f. Nervenheilkunde, Psychiatrie*, sc., juillet 1887, p. 366); — Richardière, thèse de Paris, 1886; — P. Blocq et E. Blin, *Note sur un cas d'athétose double* (*Revue de médecine*), 1888, p. 10.

phalie; œdème chronique diffus); stade congestif de paralysie générale (hypérémie des méninges et de l'ensemble de l'encéphale surtout au niveau des lobes frontaux). L'individu est mort avant qu'il ait pu se former des épanchements sanguins pachyméningitiques, des pseudomembranes, de la périencéphalite.

P. K.

XIII. Considérations de pathologie générale sur l'occurrence et l'importance du gatisme chez les aliénés; par H. Lindenborn. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 2.)

Il y a deux espèces de gâteux. Les uns perdent simplement sous eux urine et matières fécales. Les autres jouent en outre avec leurs produits de déjection, s'en imprègnent, s'en frottent. C'est de cette dernière catégorie de gâteux que l'auteur fait une étude psychopathologique. Il en distingue trois classes : la première comprend le gâtisme par excitation pathologique, passager, épisodique, étranger à la personnalité; on en distingue trois catégories, suivant la région où siège l'excitation; excitation psychomotrice (impulsion organique centrifuge)—excitation sensitive, périphérique et psychique (réflexe centripète) — excitation véritablement intrapsychique, intracentrale (idée délirante). La seconde classe a trait au gâtisme faisant corps avec l'individu lui-même, qui constitue la manifestation logique de l'anomalie de la personnalité : tantôt il s'agit d'une psychopathie chronique ayant transformé la personne (aberration des processus intellectuels, des sensations); tantôt on a affaire à une prédisposition psychopathique, à un terrain constitutionnel, à une dégénérescence héréditaire (lacunes et perversions des sentiments); quoi qu'il en soit, ces gâteux-là sont des gâteux de parti pris, contents de leurs actes; il y faut joindre les idiots. La troisième classe est le produit artificiel d'un isolement imprudent, trop prolongé, et des moyens de contrainte exagérés. Il va de soi que chaque classe comporte un pronostic et un traitement particuliers. La prophylaxie générale se rattache à la surveillance, au nettoyage et au lavage de l'intestin. La vie en liberté et les occupations restreignent le gâtisme; tableaux et indications statistiques à cet égard.

P. K.

XIV. De l'existence et de l'importance de l'anesthésie mixte (*sensitivo-sensorielle*) chez les aliénés; par R. Thomsen. (*Archiv. f. Psych.*, XVII, 2.)

L'expression d'anesthésie mixte (sensitivo-sensorielle) est celle qui désigne le plus nettement le complexus symptomatique observé

et qui ouvre le moins la porte aux fausses interprétations ; elle embrasse l'émoussement ou la disparition de la sensibilité cutanée soit dans tous ses modes, soit dans plusieurs, sous la forme bilatérale, hémilatérale, disséminée (en plaques), stationnaire ou passagère, de concert avec des troubles semblables des fonctions sensorielles (vue, ouïe, odorat, goût), avec ou sans l'atteinte concomitante du sens chromatique et du sens musculaire. Sous le titre d'aliénés, M. Thomsen entend désigner en bloc des troubles psychiques passagers ou permanents, idiopathiques ou transformés Chez dix-huit hommes psychopathes, malades depuis quelques jours ou quelques années, et séquestrés pour cette cause se divisant en huit déments, six fous systématiques chroniques, quatre états d'angoisse et de désordre dans les idées greffés sur un terrain de démence ou de folie systématique, il a trouvé, en ce qui regarde la sensibilité cutanée, — hémianesthésie totale et complète (treize faits), quelquefois passagère, (douze faits), ou incomplète (treize faits de zones épargnées, deux faits de ligne médiane dépassée ou non atteinte) — hémianalgésie simple (un cas) — hémianesthésie brachiale ou crurale (deux cas) — anesthésie en plaques se rapprochant de l'hémianesthésie (un cas) — anesthésie en plaques bilatérales (cinq cas) — émoussement de la sensibilité pour toutes les propriétés de la fonction ou pour quelques-unes seulement (deux cas).

Chez le même individu, ces perturbations varient, quant à la forme, à divers moments; elles sont dans leur ensemble généralement stationnaires, mais ne durent que dans quelques cas pendant des années; il est fréquent aussi d'observer des disparitions, des réapparitions, et surtout, des oscillations en intensité et en étendue. La vue est toujours atteinte en même temps (rétrécissement concentrique du champ visuel ordinaire et coloré); huit dyschromatopsies, trois achromatopsies; troubles uni ou bi-latéraux, parfois passagers; le rétrécissement concentrique est presque toujours bilatéral; fréquemment l'acuité visuelle a en même temps diminué. Dans les cas de diminution de l'acuité auditive, les parois osseuses ne conduisaient plus le son; dans le cas de troubles du sens musculaire on a toujours noté l'anesthésie du même côté, l'inverse n'étant d'ailleurs pas toujours vrai. Il existe une étroite relation entre le sens musculaire et la finesse du tact à l'égard des menus objets. La rareté des anesthésies si prononcées chez les aliénés indique qu'elles ne sont pas en rapport direct avec les psychoses. Le relevé dans les anamnestiques de l'alcoolisme, des troubles céphaliques, de l'épilepsie, qui constituent, dans presque tous les cas, des facteurs pathogénétiques de premier ordre, et s'accompagnent aussi presque toujours l'un l'autre, cette particularité indique l'origine réelle du complexus sensitivo-sensoriel qui nous occupe, quoique l'étude analytique et critique des observations

n'en permette encore aucune théorie exacte. Il émanerait d'après M. Thomsen, de phénomènes centraux fonctionnels, en attendant qu'on en ait indiqué, démontré la lésion; en tout cas, l'hystérie doit être résolument écartée[1]. P. K.

XV. LE CARDIOPATIE NEI PAZZI; par le Dr SALEMI-PACE. (Palerme.)

Les maladies du cœur chez les aliénés seraient beaucoup plus fréquentes que ne l'indiquent la plupart des auteurs classiques. On rencontre parfois chez les cordiaques, mais à titre de phénomène secondaire et exceptionnel, des formes de manie et de délire qu'on a pu ranger sous le nom de *folie cardiaque*. Par contre, l'origine de certaines affections du cœur serait bien mieux établie. Dans les nombreuses autopsies qu'il a faites à l'asile de Palerme, l'auteur trouve soixante-quinze fois des lésions de cœur sur cent aliénés. L'hypertrophie du ventricule gauche, l'atrophie du ventricule droit, la surcharge et la dégénérescence graisseuse du myocarde, sont les lésions qu'on observera le plus souvent. Ces altérations du parenchyme constituent pour le Dr Salemi-Pace une *dystrophie cardiaque* par innervation anormale. Plusieurs chromolithographies accompagnent ce travail consciencieux.

J. COMBY.

XVI. DE QUELQUES PHÉNOMÈNES SURVENANT A LA SUITE DES ATTAQUES ÉPILEPTIQUES ET APOPLECTIFORMES; par J. THOMSEN. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 2.)

Revue, sans observation, des accidents somatiques ou psychiques suivants, survenant chez des épileptiques et des paralytiques généraux: 1° *mydriase unilatérale permanente très considérable avec parésie faciale* très accentuée survivant des heures et même des jours aux accès d'épilepsie chez les épileptiques ordinaires; 2° bradylalie, bradyarthie, bégaiement, lenteur de la parole, changement de timbre de la voix, vociférations, paraphasies, comme symptômes post-épileptiques; 3° *états d'excitation moteurs* (corticaux) soit dans le stade postparoxystique des attaques congestives, soit dans les psychoses postépileptiques. Telles les petites convulsions cloniques, fibrillaires, limitées, atteignant au maximum la moitié du corps, l'hémichorée, l'hémiathétose, les

[1] M. Thomsen poursuit, comme on le voit, l'idée d'après laquelle M. Charcot et l'Ecole de la Salpêtrière auraient formulé des lois inexactes sur l'hémianesthésie hystérique chez la femme et chez l'homme. Si nous avions à faire l'étude critique de ses mémoires et de ses faits, nous ne serions pas long à démontrer l'insanité de ses prétentions, en regard de la netteté des mémoires et des faits de M. Charcot (Voy. *Archives de Neurologie*, t. IX, p. 258; XI, 81, etc. (*Rédaction*.)

mouvements automatiques divers; 4° l'*excitation maniaque*, désignée par Samt sous le nom de *moria postépileptique*, est plus fréquente que ne le pensait Samt ; elle se montre non seulement à la suite des accès épileptiques constitutionnels, mais encore après les attaques congestives apoplectiformes des paralytiques généraux ou des malades atteints d'affections organiques du cerveau. L'allure générale est, de par l'état d'hébétude, d'obnubilation psychique concomitant, celle d'un somnambule qui exécuterait, d'une façon incohérente, des opérations souvent dangereuses, toujours inconscientes, assez fréquemment sales et salaces, en les accompagnant de paroles sans suite ; 5° *obnubilations* partielles, consécutives aux attaques congestives apoplectiformes et aux accès d'épilepsie. P. K.

XVII. Observations sur l'ivrognerie et son hérédité ; par J. Thomsen. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 2.)

Exposé de doctrines d'un vieux Kreisphysikus ayant pratiqué dans la même région de longues années. Il parle de cinquante années et rappelle son mémoire de 1850. *Ueber die Berauschungsmittel des Menschen (Zeitschr. f. die Gesammte Medicin* XLIV, 2, 4). D'après lui, l'ivrognerie n'est que l'exagération pathologique d'un instinct naturel. La preuve, c'est que toute civilisation se traduit par la confection de liqueurs enivrantes. L'ivrognerie pathologique est tantôt périodique (dipsomanie), tantôt continue. Cette dernière aboutit à la dégénérescence somatique et psychique, et mène au delirium tremens, qui tue le patient ou terrasse l'intoxiqué par d'autres processus morbides. Le dipsomane au contraire reste sain d'esprit et souvent de corps dans l'intervalle des accès ; la périodicité de la maladie, et sa transmission héréditaire fatale en confirment l'autonomie nosologique. Il existe des types d'ivrognerie intermédiaires à ces deux formes. Signalons en un, se rapprochant de la forme continue, dans lequel la propension à boire n'est pas toujours d'une égale violence, mais revêt de temps à autre une intensité plus grande; les sujets succombent alors à la déchéance organique. Description pour ainsi dire anecdotique de quelques exemples divers. L'ivrognerie se transmet par hérédité directement ou en sautant plusieurs générations; elle ne se transformerait ni en épilepsie ni en aucune autre névrose. P. K.

XVIII. Epilepsie et folie systématique; par P. Véjas. (*Arch. f. Psychiat*, XVII, 1.)

Quatre observations d'épilepsie compliquée de folie systématique. Dans les deux premières, les accès d'épilepsie ne se sont plus reproduits après l'explosion de la maladie mentale, mais il

semble qu'il y ait eu simplement coexistence et non corrélation de deux affections différentes. La troisième observation concerne une femme de vingt-deux ans : tare héréditaire, épilepsie, folie postépileptique caractéristique; finalement mélancolie, érotisme, mégalomanie, idées de persécution systématisées. L'Obs. IV se résume dans une profusion d'hallucinations de l'ouïe et de la vue et des idées délirantes intensives chez un homme ayant eu des accès d'épilepsie; il est l'antéchrist. On constate une démence très prononcée, entremêlée d'excitation maniaque, de phases hypochondriaques; relation pathogénétique entre l'épilepsie et la folie plus ou moins systématique. P. K.

XIX. Contribution a la pathologie de la mémoire; par A. Pick. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 1.)

Observation très détaillée permettant d'établir les *lois de retour de la mémoire*. Il s'agissait d'une amnésie pure générale et progressive avec lacune persistante du souvenir. Déficit étendu des images commémoratives de la vue et autres nécessaires au discernement des individus et des objets (domaine de l'écorce), de nature asthénique, remontant peut-être à la puerpéralité. Comparé aux faits de Marcé et Skae, ce fait montre que la première période de l'amnésie a été de l'asymbolie, que l'amnésie plus profonde est venue ultérieurement. Quand s'est produite l'amélioration, la malade a récupéré d'abord les plus anciennes images commémoratives, celles qui avaient, pendant l'éducation, été le plus souvent répétées, celles qui ont trait aux objets de chaque jour. Or, ce sont celles-là qui avaient disparu les premières. La localisation du souvenir ou de l'image commémorative dans le temps, la malade la puisait dans le degré de vivacité, d'intensité du souvenir, tandis que normalement l'époque des souvenirs est surtout obtenue à l'aide de l'association des idées. Parallèlement aux perturbations sus-énoncées, apathie de la sensibilité morale; dès le début de l'amélioration, la patiente reprend son caractère normal, sa tendance à la dépression; on constate chez elle la dissociation des images commémoratives optiques et auditives, parce que dans sa jeunesse elle avait possédé une bonne mémoire pour l'audition. Elle indique elle-même comment elle est arrivée à distinguer le temps écoulé, en récupérant la réflexion, la direction de ses pensées, de la recherche personnelle. P. K.

XX. De l'influence qu'exercent les aliénés sur leur entourage. (*Contagion psychique. Folie à deux. Folie induite ou communiquée*); par Graf. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 3.)

La transmission de la folie peut n'être qu'apparente; c'est

ainsi que des parents ou des personnes vivant avec les fous seraient, à raison de prédispositions spéciales, devenues folles sans que cette circonstance fût intervenue. La contagion, au sens rigoureux du mot, s'applique aux cas dans lesquels la seconde personne atteinte n'est pas parente; et alors, ou bien l'explosion de la psychopathie a agi comme une émotion brusque (si on cherchait bien, on trouverait peut-être un facteur prédisposant, comme le veut de Krafft-Ebing), ou bien on constate que le délire lui-même imprègne la personne contaminée, l'infecte pour ainsi dire. M. Graf communique sept observations de contagion chez des époux ou sur le personnel employé au traitement des malades.

P. K.

XXI. Contribution a la question de l'influence favorable exercée par les maladies aigues sur l'évolution des troubles psychiques; par G. Lehmann. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 3.)

Observation I. Mélancolie guérie par un érysipèle de la face. — Observation II. Mélancolie guérie par une hématémèse. P. K.

XXII. Nouvelles communications sur l'assistance des aliénés en Espagne; par A. Schmitz. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 3.)

Traduction allemande du règlement du manicome modèle de *la casa de dementes de Santa Isabel à Leganès* (près Madrid) et de la loi espagnole sur les aliénés. P. K.

XXIII. Démence paralytique et syphilis; par C. Dietz. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 3).

Sur 539 malades hommes entrés à la Clinique de Leipzig pendant les années 1884 et 1885, il y a eu 88 paralysies générales vraies. Dans ce nombre, 54 avaient eu certainement la syphilis antérieurement, soit une proportion de 61,4 p. 100. Si l'on y ajoute 9 cas suspects dans lesquels l'infection syphilitique était probable, la proportion devient 71,6 p. 100. Sur les 54 syphilitiques avérés, il s'était écoulé soit une dizaine d'années entre l'infection et l'apparition de la paralysie générale (20 cas), soit entre dix et vingt ans (17 faits), soit plus de 20 ans (2 faits). Il est à noter que sur les 88 paralytiques généraux, 39 étaient porteurs de la syphilis seule comme facteur nocif, soit une moyenne de 44,6 p. 100. C'est entre 34 et 45 ans qu'apparaît le plus souvent la paralysie générale. On y trouve les deux tiers ou les trois quarts de syphilitiques. Sur 588 paralytiques, il y avait 18 tabétiques, dont 14 syphilitiques. Il n'existe pas, d'après la statistique, de forme clinique particulière de paralysie générale syphilitique. Le traitement spécifique a déterminé 7 rémissions complètes persistantes, 9 intermittences

de un an à 4 mois, 10 rémissions incomplètes; total: 26 résulats sur 88.

P. KERAVAL.

XXIV. DE L'INFLUENCE NERVEUSE DANS LA PRODUCTION DU VITILIGO; par le Dr OHMANN-DUMESNIL.

Les phénomènes de nutrition sont sous la dépendance des centres nerveux, par l'intermédiaire des nerfs, quand les uns ou les autres de ces derniers sont détruits ou lésés, il se produit des troubles dans les différents phénomènes de cette nutrition. La forme arrondie des plaques de vitiligo, et la marche excentrique de celles-ci, avec leur centre décoloré et leur pourtour foncé, sont bien faites pour faire penser à une action nerveuse, comme cause de ce trouble de la pigmentation cutanée. De nombreux auteurs du reste ont cité des faits concordant avec cette opinion : Cazenave, Reed, Morris, Hyde, Tilbury Fox, Dulsring, Leloir et Chabrier. En 1881, Déjérine trouva dans un cas, des altérations nerveuses, à l'examen histologique. Le Dr Ohmann-Dumesnil cite deux observations, recueillies par lui, d'individus nerveux, chez lesquels apparurent des plaques de vitiligo; celles-ci guérirent par l'application de courants galvaniques.

On retrouve du reste dans l'aspect du vitiligo de nombreux traits de ressemblance avec certains faits de troubles de la pigmentation cutanée, dans lesquels l'action nerveuse est indéniable. Tels sont : les points de décoloration des cheveux à la suite d'une émotion; la perte du pigment au niveau des plaques de lèpre anesthésique; le chloasma, ce dernier étant un type d'augmentation du pigment cutané. Dans le vitiligo, il y a, en effet, à la fois perte et augmentation de ce dernier : une sorte de déplacement. D'autre part, la symétrie des plaques de vitiligo est en faveur de la théorie. Les individus qui en sont atteints sont le plus souvent des nerveux, des gens ayant des affections nerveuses bien caractérisées, ou présentant des antécédents nerveux héréditaires. L'usage des médicaments agissant sur le système nerveux ont donné des résultats sérieux, et c'est surtout l'action des courants galvaniques qui a donné les meilleurs résultats. Enfin on a pu, dans quelques cas, trouver des altérations des nerfs dans le vitiligo. (*Alienist and Neurologist*, 1886, p. 298.)

A. RAOULT.

XXV. CHANGEMENTS DANS LA PIGMENTATION DE LA PEAU CHEZ LES ALIÉNÉS; par le Dr KIERNAN (de Chicago).

Les trois cas cités par l'auteur viennent à l'appui de l'opinion exprimée par le Dr Ohmann-Dumesnil, sur les influences nerveuses dans la production du vitiligo. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme âgé de dix-huit ans, s'adonnant à la

masturbation depuis longtemps, et qui se présenta au Dr Kiernan, atteint de délire des grandeurs avec idées de persécution. Bientôt il fut atteint de symptômes ressemblant au petit mal, puis on remarqua chez lui de l'hémiatrophie faciale, avec exophthalmie et hypertrophie du côté thyroïde. Du côté gauche, la peau présentait des taches brunes ou noires sur la face et le bras, et les cheveux étaient gris par places de ce côté. Ces derniers phénomènes étaient apparus trois semaines après l'apparition de mouvements choréïques du côté gauche à l'âge de seize ans.

La seconde observation est celle d'un nègre âgé de cinquante-six ans, atteint de paralysie générale qui, trois ans auparavant, avait présenté de l'hémiopie, puis avait eu une hémiplégie *gauche* accompagnée d'aphasie. Six mois après ce dernier accident, la peau devint blanche par places, et en certains endroits les cheveux devinrent gris du même côté que la paralysie. Dans le troisième cas, les plaques d'atrophie pigmentaire apparurent en même temps qu'une maladie de graves avec aphasie temporaire. Le Dr Kernan a observé des faits semblables chez dix paralytiques généraux, chex dix malades atteints de folie circulaire, huit atteints de paranoia, dix lunatiques, quatre épileptiques. Il cite un cas dans lequel les troubles de coloration se montrèrent, là où le malade ressentait des douleurs ; il semble admettre que des phénomènes vaso-moteurs accompagnent les changements dans la pigmentation, et donnent lieu à ces sensations.

Le Dr Pinan[1] a montré que, chez les aliénés, on trouvait une atrophie du bulbe pileux des cheveux, fait qui explique bien les troubles de coloration exposés plus haut. (*The alienist and neurologist*, 1886, p. 474.) A. Raoult.

XXVI. Psychologie de l'ironie; par H. Jackson. (*Brit. méd. Journ.*, 1887, p. 870.)

Le processus de toute pensée est double et consiste à établir les relations de ressemblance et de différence, depuis la plus simple perception jusqu'au plus abstrait raisonnement. La formule de la caricature du processus normal de la pensée est l'apparence de quelque ressemblance entre des choses très différentes, depuis le jeu de mots où les ressemblances apparentes et les différences réelles sont d'un ordre simple, jusqu'à l'humour, où les deux sont habilement combinées. Nous avons trois degrés d'évolution dans le « jeu d'esprit »: le calembour, le bon mot et l'humour. Dans tous ces cas, il y a une diplopie

[1] *Lancet*, mai 1886.

mentale manifeste, tout comme en ophthalmologie on considère des images vraies et fausses dans la diplopie oculaire. — Je pourrais montrer, dit l'auteur, que cela s'applique aux symptômes mentaux de maladies sérieuses. Tous les états morbides mentaux sont des subdivisions des états mentaux normaux dans des voies différentes. Par exemple, le processus mental chez les maniaques de la « mentation » stéréoscopique ou diplopique chez les gens bien portants. — La réminiscence est en réalité placée entre un processus mental parfaitement normal et un nettement anormal, car la réminiscence survient dans les accès d'une certaine variété d'épilepsie, comme le font d'autres états mentaux (auras intellectuelles). — En conséquence de cette théorie, l'auteur demande une étude comparée de toutes ces maladies du système nerveux.

P. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 *février* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. COTARD.

M. ROUILLARD communique l'observation d'un cas de glycosurie chez un paralytique général.

M. CHARPENTIER a déjà communiqué un cas semblable à la Société de médecine.

M. FÉRÉ. — La glycosurie dans la paralysie générale n'a rien qui doive surprendre. Ne sait-on pas, en effet, que le travail cérébral peut parfois déterminer l'apparition du sucre dans les urines?

M. BRIAND. — Pendant mon internat dans le service de l'admission, recherchant quelle pouvait être l'influence des lésions du quatrième ventricule sur la production du sucre, j'ai fait l'analyse de l'urine d'un grand nombre de paralytiques généraux et je suis arrivé à cette conclusion que la glycosurie dans cette affection n'était ni plus ni moins fréquente que chez les individus ne présentant aucune altération des centres nerveux. J'ai cependant

constaté qu'à certaines heures de la journée, certains paralytiques éliminaient un peu plus de sucre. En regardant de plus près, il m'a été facile de me convaincre que cette manifestation se produisait à la suite de repas copieux.

M. Klein lit une note sur l'origine des idées délirantes dans la paralysie générale.

Du délire chronique. (Suite de la discussion.) — M. Magnan ne veut pas aborder aujourd'hui la discussion générale sur le délire chronique; il se réserve de le faire dans la prochaine séance, se bornant, quant à présent, à répondre aux critiques présentées par M. Séglas d'après l'examen de huit malades actuellement à la Salpêtrière. Comme ces aliénées pourraient être transférées en province, il croit utile de ne pas différer cette partie de la discussion puisqu'on possède à la Salpêtrière le meilleur moyen de contrôle, les malades elles-mêmes.

M. Séglas, dit-il, dans une partie de son argumentation, s'est placé sur un excellent terrain, celui de la clinique, et il nous donne le résultat de son observation. J'ai voulu naturellement revoir les huit malades de la Salpêtrière choisies par notre contradicteur; pour la plupart d'entre elles, je ne les avais eues sous les yeux que peu de temps, conséquemment une erreur de diagnostic eût été possible, le certificat immédiat étant, vous le savez, délivré dès l'entrée de l'aliéné à l'asile, en l'absence de tout renseignement. Dans ces conditions, un délire chronique pouvait être facilement confondu avec un délire systématisé de toute autre espèce.

Sur les huit malades j'en ai trouvé sept encore dans les services de nos collègues, MM. Falret et A. Voisin, une seule, celle qui fait l'objet de l'Observation VII, a été transférée en province. Je l'ai regretté parce qu'elle eût pu faire l'objet d'une discussion spéciale à propos des dégénérés persécuteurs sur lesquel, je reviendrai plus tard, en vous communiquant deux faits dont j'ai eu à m'occuper particulièrement : il s'agit de deux aliénés persécuteurs qui m'ont pris pendant longtemps comme point de mire dans leurs revendications maladives.

La critique de M. Séglas portant principalement sur les faits, il est indispensable de les reprendre successivement pour les analyser. Mais avant d'entrer dans le détail de ces faits, je dois rappeler que l'hérédité rayonne sur toute la folie, qu'elle n'est pas l'apanage exclusif de la folie des héréditaires ou dégénérés, que ceux-ci dont l'hérédité est, sans doute, habituellement très chargée, peuvent néanmoins, ainsi que cela a été démontré lors de la discussion sur la folie héréditaire peuvent, dis-je, devoir leur tare cérébrale non point à la folie des ascendants, mais à un état passager des parents au moment de la conception (ivresse par exemple),

aux affections développées pendant la vie fœtale, et même aux maladies du jeune âge.

D'autre part, il n'est pas rare de trouver une hérédité très chargée chez des paralytiques, des aliénés intermittents, des mélancoliques, des maniaques simples, parfois même chez des névropathes, et enfin, vous n'ignorez pas que le fils d'un aliéné n'est pas, ce qui du reste est fort heureux, voué fatalement à la folie. La clinique, sous ce rapport, fournit même des exemples très curieux d'ascendance vésanique fortement accentuée avec un seul aliéné parmi de nombreux descendants ; ou bien encore d'un seul frère plein d'esprit au milieu de quatre ou cinq aliénés, comme j'ai eu l'occasion d'en rapporter moi-même des exemples[1]. Conséquemment, une hérédité chargée chez un délirant chronique ne saurait le faire entrer dans le groupe des héréditaires dégénérés. Ce qui caractérise la folie des héréditaires ou dégénérés, c'est surtout l'état mental du sujet, les syndromes épisodiques développés sur cet état mental et enfin l'évolution, l'allure particulière et les caractères spéciaux des délires multiples qui se produisent.

Je ne reviendrai donc pas à chaque observation sur cette question d'hérédité, puisque pour les cas où cette hérédité est très chargée, je n'aurai qu'à répéter ce que je viens de dire. Dans la première observation, il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, persécutée depuis douze ans, ambitieuse depuis deux ans. Les symptômes et l'évolution de la maladie, dit M. Séglas, nous paraissent ressembler assez à ce qui a été dit du délire chronique. Nous n'insisterons donc pas sur les symptômes pour passer immédiatement aux antécédents personnels de la malade sur lesquels M. Séglas nous paraît avoir été mal renseigné : M[lle] M... n'aurait parlé qu'à sept ans, tandis qu'en réalité, elle parlait au moins à cinq ans et dans une circonstance facile à retenir, lors du départ de son oncle, elle a témoigné ses regrets de le voir partir. Elle s'exprime, du reste, aujourd'hui très facilement, sa prononciation est nette, il n'y a pas la moindre blésité et cette intégrité de la parole serait, vous en conviendrez, bien extraordinaire chez une personne qui n'aurait parlé qu'à sept ans. — « Elle est allée, ajoute M. Séglas, plusieurs années à l'école mais n'a jamais appris à lire. » Or, elle n'allait à l'école que très irrégulièrement et pendant deux ou trois mois de l'année et néanmoins elle a appris et elle sait lire.

« Elle jouait, dit-on, presque toujours seule et n'avait pas des idées de petite fille; elle jouait comme un garçon; elle n'aimait que les chevaux, les chiens, plus tard, elle n'a jamais aimé s'occuper de ménage, mais elle préférait les travaux d'homme. » Ce passage ferait supposer des dispositions à l'inversion du sens

[1] Magnan. — *Du délire des persécutions.* (*Gaz. méd.*, nov. et déc. 1877.)

génital, mais rien de semblable n'a jamais existé. Enfant, elle allait jouer en compagnie de camarades avec les jouets qu'on lui donnait, chevaux, chiffons ou poupées. Elle ne tenait pas à faire le ménage, mais elle aimait à coudre. « A douze ans je me raccommodais, dit-elle, moi-même toutes mes affaires. »

« Elle n'a jamais aimé les hommes, ajoute-t-on encore, et elle les fuyait ou leur disait des sottises. » La misère qui existait dans sa famille l'avait fait réfléchir, elle a refusé de se marier avec des individus mal élevés et grossiers, mais elle a eu, dit-elle, des *épanchements de cœur* pour des jeunes gens convenables et *si elle eut pu les épouser, elle en eût été heureuse.*

« Jamais, dit-on encore, elle n'est restée plus de quatre mois en place; même étant jeune, elle changeait toujours. » Elle est restée dans la même place chez la sœur du Dr Tabouret, de dix-huit à vingt-deux ans et demi, près de cinq ans, et, à diverses reprises, elle est restée chez différents patrons, dix, treize et quatorze mois.

« Notons enfin au point de vue des idées actuelles que, il y a une vingtaine d'années, sa mère ayant voulu racheter son frère du service, elle lui fit à ce propos des scènes violentes, prétendant qu'on donnait tout aux autres, rien à elle, qu'on était injuste, etc. » — Le rachat du frère (3,800 fr.) a ruiné la famille, si bien qu'elle avait été obligée elle-même de prêter 300 fr. qui ne lui ont pas encore été entièrement rendus et c'est à cette occasion qu'elle aurait écrit, il y a quelques années à sa mère. Les règles, se sont montrées à douze ans et non à seize ans.

Si nous résumons nous voyons d'après l'observation de M. Séglas : Débilité mentale, troubles de la parole; ignorance profonde, inversion sexuelle, perversion morale, paresse et incapacité de travailler. — Si vous examinez la malade, vous trouverez une femme intelligente, à la parole facile, aux réponses nettes et précises; elle sait lire et n'offre pas traces d'anomalie sexuelle, elle explique ses difficultés avec la famille, elle offre, en un mot, l'état mental d'une délirante chronique.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une domestique âgée aujourd'hui de quarante-neuf ans, ayant appris à lire et à écrire, en allant à l'école du village comme y allaient les enfants il y a quarante ans, c'est-à-dire très irrégulièrement. Elle s'exprime correctement, ses réponses sont nettes et précises et son système délirant s'enchaîne logiquement; il n'y a donc pas de faiblesse d'esprit.

M. Séglas passe ensuite à l'examen physique et la dépeint comme microcéphale, prognathe asymétrique, acrocéphale, tandis que nous n'apercevons pour notre part, qu'un front fuyant sur une tête un peu allongée. L'examen de la bouche nous fait voir sur la voûte palatine, à droite du sillon médian, une dépres-

sion linéaire antéro-postérieure ressemblant à une cicatrice et tirant légèrement la muqueuse de ce côté. Si, après un nouvel examen, il restait encore un doute, M. Falret pourrait nous autoriser, sans doute, à joindre la photographie de la malade à cette discussion et chacun pourrait ainsi s'assurer que Mlle D... n'est point le spécimen tératologique dont parle M. Séglas (*Asymétrie, prognatisme, microcéphalie, acrocéphalie.*

M. SÉGLAS. C'est fait; j'ai là les photographies; l'acrocéphalie est notable. — Il les fait circuler.

M. MAGNAN. M. Séglas nous présente deux photographies de la malade D...: sur l'une, la tête est fortement fléchie, l'occiput très relevé, si bien que l'axe antéro-postérieur se trouve presque vertical. Dans cette position forcée d'une tête dolicocéphale, à front fuyant, toute la région postérieure devient saillante. Cette saillie, résultat d'un artifice, pourrait en imposer à ceux qui ne sont pas familiarisés avec les examens anthropométriques, mais un peu de réflexion suffit à faire reconnaître que ce n'est point là la *tête en pain de sucre*, la tête acrocéphale dans laquelle, on le sait, le bregma soulevé devient saillant en entraînant le front vers la verticale. Du reste, par la seconde photographie, dans laquelle la tête est laissée libre, dans sa position naturelle, on s'assure aisément qu'il n'y a pas d'acrocéphalie. La conformation de la tête de Mme D... (aplatissement frontal et dolycocéphalie) n'est pas un type rare en France et les anthropologistes pensent devoir l'attribuer, en général, à l'habitude que les matrones ont dans certains pays de serrer la tête des jeunes enfants pour assujettir la coiffure.

La troisième malade, à son entrée à l'asile Sainte-Anne, était à la seconde période du délire chronique; elle avait des hallucinations et des idées de persécution nettement systématisées; aujourd'hui, elle commence d'après l'observation de M. Séglas à présenter quelques idées ambitieuses. C'était là la marche prévue du délire, je n'y insiste pas.

Mme S... a été réglée à dix-sept ans et non à dix-huit ou vingt ans; elle n'était pas sujette aux attaques de nerfs, comme on le prétend; elle s'est trouvée mal une seule fois dans des circonstances particulières: elle était allée sans manger à l'église au milieu d'une foule compacte, un jour de grande cérémonie. Cet accident ne s'est jamais renouvelé.

Au point de vue psychique, on lui attribne à tort un syndrôme épisodique, le délire du toucher. « Elle a toujours eu, dit M. Séglas, la *manie de la propreté*, un peu comme son père. » Or, qu'avait le père? « Celui-ci avait l'habitude, quand on le touchait, de se secouer et de s'essuyer; il ne voulait pas toucher les boutons des portes, parce que quelqu'un aurait pu y laisser de la saleté;

il se réservait une chaise spéciale, et si quelqu'un s'y asseyait, il l'essuyait de suite après; jamais il ne voulait manger hors de chez lui. »

M. Séglas a encore été mal informé sur le compte de cette malade, elle n'a jamais eu la *manie de la propreté;* dans le service, jamais personne, ni surveillantes, ni infirmières, n'ont observé aucun acte rappelant de près ou de loin des appréhensions de cette nature : j'ai placé dans les mains de la malade des pointes, des épingles, du cuivre, toute sorte d'objets, elle a touché à tout ce qui nous environnait et tout cela le plus naturellement du monde sans la moindre hésitation ; interrogée sur les lavages fréquents auxquels elle se serait livrée, elle a répondu simplement: « J'avais dans mon ménage autre chose à faire qu'à passer mon temps à me laver et je n'en éprouvais, du reste, nullement besoin. » Or, vous savez, messieurs, combien est pénible la crainte du toucher et quand un malade a été sous le coup de cette obsession, il en conserve le souvenir toute la vie, dans le cas même où il vient à guérir. Mme S... est donc une délirante chronique ordinaire, intelligente, sans stigmate d'aucune sorte.

Pour la quatrième observation, M. Séglas fait la réflexion suivante : « Je ne dirai que peu de chose de cette malade, qui est peut-être, à mon avis du moins, au point de vue des symptômes et de l'évolution de la maladie, le type le plus parfait du délire chronique tel qu'il nous a été décrit ici. »

Les trois périodes, en effet (inquiétude, délire de persécutions et délire ambitieux) se sont succédées de la façon la plus régulière. C'est un bel exemple de délire chronique, et si, dans son enfance, Mme B... a eu de la chorée, pendant quelques semaines, si elle bégaie, elle ne s'en est pas moins montrée toujours intelligente, économe, bonne ménagère, bienveillante pour son mari jusqu'à l'apparition du délire ; elle n'a présenté, en un mot, aucune tare psychique et nous connaissons tous des personnes qui bégaient dont l'intelligence est intacte.

La cinquième malade est un exemple assez net de délire chronique. Cette malade, qui jusqu'ici n'aurait eu que des idées de persécution, commence à présenter quelques idées ambitieuses. Elle entend les *messieurs*, personnages qui agissent sur elle, lui dire que M. Putaux, son ancien patron, lui laissera une grande partie de sa fortune.

L'examen que j'ai fait de la malade diffère de la description de M. Séglas, en ce que l'asymétrie de la face, si elle existe, n'est guère appréciable et que la malade m'a parue intelligente ; c'est aussi, d'ailleurs, l'avis de M. A. Voisin qui la soigne, en ce moment, et dont elle rétorque, m'a dit notre collègue, tous les arguments avec beaucoup de vivacité, de logique et d'esprit. J'ajouterai que les règles se sont montrées à quatorze et non à

seize ans. Enfin, pour ne rien omettre, je ferai observer que, si la malade remue trois fois les doigts; c'est pour obéir aux hallucinations ; les *messieurs* lui disent de remuer trois fois ; il n'y a là rien de comparable à l'obsession du nombre.

La sixième malade présente les symptômes habituels du délire chronique, des hallucinations surtout auditives et des idées systématisées de persécution ; depuis peu de temps apparaissent des idées ambitieuses.

M. Séglas signale un tic facial persistant encore aujourd'hui. J'ai examiné Mme G... pendant trois quarts d'heure environ et j'ai remarqué simplement, à de rares intervalles, un peu de serrement des lèvres et un léger claquement ; la malade, qui venait de parler, a prétendu ne pas le faire habituellement et expliquait ce mouvement par le besoin d'humecter, en ce moment, la bouche. — Je n'ai pas constaté non plus de bégaiement.

M. Séglas avait noté ensuite quelques phénomènes assez importants pour être contrôlés : « Elle avait la manie de tout ranger à l'excès ; si l'on touchait à quelque chose, elle criait et allait le remettre en place. Quand on lui donnait de l'argent, elle s'essuyait les mains après ; de même elle se secouait quand on la touchait. Très souvent aussi elle prenait des voitures, y restait un quart d'heure et descendait avant d'arriver à destination. » La malade prétend qu'elle n'était pas assez riche pour payer ainsi inutilement des voitures ; il va sans dire qu'elle pourrait ne pas convenir d'une bizarrerie de ce genre qui pourrait d'ailleurs n'être que la traduction d'une idée de persécution, mais il n'en est pas de même pour la crainte du toucher : nous lui avons remis diverses monnaies d'argent et de cuivre qu'elle a prises dans la main sans la moindre appréhension ; elle a touché sans hésitation des boutons de porte, des morceaux de cuivre, des aiguilles, un couteau. « S'il lui est arrivé parfois, dit-elle, de s'essuyer, c'est après avoir tenu longtemps des sous dans la main ; le cuivre, ajoute-t-elle, enfermé dans la main chaude et humide, dégage une certaine odeur qui ne lui est pas agréable. » Quant aux pièces d'argent, ça lui est indifférent puisqu'elle n'ont pas d'odeur. Vraiment, est-ce là le délire du toucher ? Assurément personne ne le reconnaîtrait.

Cette malade est très hallucinée et il lui arrive parfois de s'arrêter court en marchant ou bien de se détourner de la route. Interrogée sur cette manière de faire, elle nous a répondu que les voix changeant quelquefois de direction, elle était obligée de les suivre pour mieux les entendre. Il n'y a encore là, vous le voyez, rien qui rappelle les syndrômes épisodiques, les phénomènes d'arrêt des dégénérés.

L'aliénée qui fait l'objet de la septième observation a été transférée en province ; je ne m'y arrête donc pas aujourd'hui. Du reste, j'aurai probablement plus tard à rappeler ce fait, en parlant des

persécutés persécuteurs, chez lesquels on peut trouver passagèrement des hallucinations de l'ouïe qui rendent le diagnostic parfois très difficile.

Je laisse de côté des détails secondaires du huitième cas pour en venir immédiatement à l'évolution de la maladie qui est l'objet principal de la critique de M. Séglas. Pour notre collègue, les idées de persécution chez cette femme datent du mois d'avril 1884 et comme le délire ambitieux apparaît en juin 1885 pendant le séjour à l'asile de Vaucluse, il trouve, avec juste raison, cette marche un peu rapide. J'avais, pour ma part, sur cette malade entrée dans mon service en novembre 1884, quelques notes d'après lesquelles le début du délire remontait non pas à 1884, mais à 1881. A cette époque, en effet, Mme B... se brouille avec une voisine qui lui *bat froid* et la *regarde de travers*, qui bientôt après lui met des ordures devant la porte ; *lui fait des malices ;* puis elle a mal aux yeux, des rougeurs sur le corps, elle trouve des *amertumes* dans les pruneaux ; c'était certainement sa voisine. Plus tard, c'est cette même voisine qui lui adresse de grossières injures.

Mais admettons, si vous le voulez, que nous n'ayons pas de renseignements. Est-ce qu'il nous serait permis d'adopter l'interprétation que M. Séglas donne des phénomènes observés chez cette malade? Voilà une femme atteinte de délire de persécution qui au mois d'avril 1884, présente des hallucinations de l'ouïe : elle entend des propos injurieux chez le boucher, dans la rue, dans sa maison à travers le mur du logement voisin ; elle porte plainte au commissaire. Est-ce qu'en présence de tels accidents, d'un délire aussi nettement systématisé, de cette affirmation précise des offenses, de la désignation de l'ennemi déterminé (ce n'est plus *on*, mais bien Mme X...). Est-ce qu'il ne vient pas à l'esprit de vous tous que c'est là une grave maladie, un délire vigoureux dont les racines sont déjà très profondes? Voilà, ce que dit la clinique et conséquemment l'observation VIII ainsi complétée reste un délire chronique à *évolution systématique* tel que nous le comprenons.

Après avoir passé en revue les observations, M. Séglas, en bon calculateur, additionne les stigmates physiques qu'il a rencontrés : « Microcéphalie, acrocéphalie, asymétrie crânio-faciale, malformation de la voûte palatine, déformations auriculaires multiples, tic facial, bégaiement, menstruation tardive. » Puis pour le côté psychique : « Retard de développement dans l'enfance, la parole tardive, l'instabilité et la faiblesse d'esprit, les altérations du caractère, des sentiments et même ces écrits émotifs particuliers réunis par M. Magnan sous le nom de syndromes épisodiques des héréditaires. »

Messieurs, pour ces derniers stigmates, les syndromes épiso-

diques nous avons vu, il est bon de le rappeler, qu'ils n'existaient pas chez ces aliénés; mais malgré leur absence, il est évident que tous ces signes réunis sur une seule et même tête suffiraient à caractériser une dégénérescence des plus complètes. Toutefois, il n'en sera plus de même si nous jetons les yeux, non point sur ce malade synthétique de M. Séglas, mais sur chacune des malades que nous avons examinées; sur chacune d'elles nous ne trouvons plus cet ensemble de stigmates, mais seulement l'un ou l'autre d'entre eux; et il ne viendra à l'idée de personne de faire entrer forcément dans le cadre des dégénérés tout individu dont l'une des bosses frontales sera aplatie, ou dont le vertex ou le maxillaire inférieur seront proéminents, ou bien encore tout homme qui bégaiera ou louchera, ou dont le caractère sera inégal, emporté, violent, etc. Non, nous savons que l'un ou l'autre de ces signes considérés isolément ne saurait impliquer la dégénérescence et qu'une intelligence bien pondérée peut s'associer à du strabisme ou du bégaiement.

Après cette discussion clinique, M. Séglas cherche à mettre en contradiction les opinions émises d'un côté par MM. Garnier et Briand dans leur communication et par moi dans mes leçons, et, d'un autre côté, par quelques autres de mes anciens internes, dans diverses publications. Dans leurs travaux personnels mes élèves conservent, M. Séglas n'en doute pas, leur complète indépendance, si bien que j'ai eu moi-même à critiquer certaines parties du travail, d'ailleurs fort intéressant, de M. Gérente. Je n'admets nullement et je n'ai jamais admis un délire chronique à base hypochondriaque; l'hypochondrie n'est point la première période du délire chronique. J'ai déjà eu l'occasion, l'année dernière, de m'expliquer à ce sujet dans une leçon publiée dane le *Journal des Connaissances médicales* et j'y reviendrai encore dans la prochaine séance.

Plus loin M. Séglas me fait dire d'après un compte-rendu d'une de mes leçons, auquel je ne puis souscrire, « que le délire chronique peut être accompagné ou non d'hallucinations ». C'est là évidemment une erreur, l'hallucination auditive est un des éléments essentiels du délire chronique; lors du passage de la première à la seconde période, c'est-à-dire de l'inquiétude, des interprétations délirantes aux idées arrêtées de persécution, il peut se faire que l'idée nette de persécution s'installe la première sans l'hallucination, mais cette idée par son caractère obsédant ne tarde pas à stimuler, à exciter le centre cortical et à éveiller ainsi l'image tonale, l'hallucination en retard. C'est là, sans doute, ce qui a fait supposer que j'admettais un délire chronique sans hallucinations. J'ajouterai qu'à la seconde période (période de persécution) je n'ai pas uu seul cas de délire chronique sans hallucinations.

M. Séglas rappelle, enfin, une observation que j'ai citée de délire chronique chez un épileptique[1]. Cette coexistence ne prouve nullement que le délire chronique soit l'œuvre d'un débile. Il est des épileptiques' non pas ceux des asiles, mais ceux que l'on observe dans la famille, qui, en dehors des manifestations parfois très rares de la névrose convulsive, n'offrent absolument aucun trouble intellectuel.

J'ai eu récemment l'occasion de donner des soins à un négociant fort intelligent, âgé de quarante ans, qui depuis plusieurs années présente très irrégulièrement des attaques épileptiques. Les accès se montrent habituellement la nuit, laissant entre eux des intervalles de deux, trois, quatre mois quelquefois même davantage et depuis 1883, où il a eu recours à une médication bromurée, il n'aurait eu que trois attaques seulement. Il est d'un caractère très égal, bienveillant pour tout son entourage; il apporte dans ses affaires tous les soins, l'activité et l'habileté nécessaires; il est instruit et sa culture intellectuelle dépasse celle que l'on trouve habituellement chez les commerçants.

Puisque l'épilepsie peut ainsi se présenter chez un individu intelligent et bien pondéré, rien ne s'oppose, il me semble, à ce que dans des conditions données, elle puisse coexister avec le délire chronique dont le développement réclame toujours une certaine activité intellectuelle. Du reste, ces cas sont très rares et ce n'est pas sur des faits complexes et exceptionnels que nous désirons établir le délire chronique; j'en parle ici simplement pour répondre à l'objection de notre collègue.

L'argumentation de M. Séglas porte ensuite sur l'évolution du délire chronique et il donne comme exemple contradictoire de sa marche lente, progressive, méthodique, l'observation VIII sur laquelle je me suis déjà arrêté et où nous voyons le délire ambitieux se développer cinq ans et non deux ans après le début de la maladie.

Plus loin, M. Séglas, fouillant dans l'excellente thèse de M. Legrain sur « le délire chez les dégénérés », relève quelques points faibles et s'en fait une arme contre le délire chronique. Mais je dirai à M. Séglas que je n'ai pas attendu son argumentation pour critiquer chez M. Legrain l'expression de *délire à évolution chronique des dégénérés*, d'autant mieux que les observations données par M. Legrain montrent surabondamment que cette évolution des dégénérés est tout autre que celle des délirants chroniques.

Puis encore M. Séglas s'empare avec empressement de cette idée émise par M. Legrain que le délire chronique peut se mon-

[1] Magnan. *Leçons cliniques sur l'épilepsie* recueillies et publiées par M. Briand. Librairie du *Progrès médical*, p. 31 et 74.

trer chez le dégénéré. Il s'agit là de faits tellement exceptionnels qu'ils ne peuvent en rien modifier les grandes lignes assignées au délire chronique. Cette espèce pathologique se développe seulement chez des sujets dont le niveau mental est assez élevé, aussi ne se voit-elle jamais chez l'imbécile; toutefois les dégénérés supérieurs, les simples déséquilibrés qui sont intelligents, pourraient sous ce rapport, prétendre au délire chronique, mais ils y sont rendus réfractaires par certaines dispositions qui leur sont propres et notamment par l'instabilité prédominante de leur caractère et par cette inégalité si curieuse et si remarquable de leur intelligence. C'est ainsi que je m'explique pourquoi le délire chronique est une rare exception même chez le simple déséquilibré.

Arrivé à la fin de son discours M. Séglas nous dit qu'il ne comprend plus rien au délire chronique. Ce n'est pas étonnant, car dans son argumentation, j'allais dire dans sa plaidoirie, il a fait, en véritable avocat adverse, tout son possible pour embrouiller la question. Mais, messieurs, ce qui vaut mieux que les théories et les raisonnements, ce sont les observations elles-mêmes et certainement vous avez été frappés de ce fait que plusieurs des malades choisis justement par M. Séglas. examinés il y a 2, 3, 4 ans par MM. Garnier et Briand et par moi s'étaient présentées à cette époque avec des hallucinations et un délire de persécution d'une nature particulière, délire qui nous avait permis de prévoir que ces malades persécutées deviendraient ambitieuses. C'est précisément parce que la clinique nous permet de reconnaître un groupe déterminé de malades qui par des étapes successives passent de l'inquiétude, des interprétations délirantes aux hallucinations et aux idées de persécution, puis aux idées ambitieuses et finalement à la dissolution mentale; c'est parce que dès le début du délire, nous pouvons prévoir cette longue et méthodique évolution, que nous avons pensé qu'il fallait désigner cette espèce pathologique sous un nom particulier, « le délire chronique », auquel nous ajoutons, à *évolution systématique* pour bien indiquer sa marcheet les modifications successives et constantes qu'elle présente.

M. J. Séglas. — Messieurs, les objections que me fait M. Magnan ne laissent pas que de me surprendre étrangement à bien des points de vue. Tout d'abord les considérations qu'il émet à propos du rôle de l'hérédité dans les dégénérescences diffèrent assez, ce me semble, de ce qu'il disait ici même l'an dernier à propos des folies héréditaires. Car pour lui aujourd'hui, l'action de l'hérédité ne serait plus prépondérante et il fait intervenir, dans une large mesure, les causes diverses mises d'ailleurs en relief par plusieurs de nos collègues. Les antécédents héréditaires, cependant assez chargés de mes malades, n'ayant par suite plus pour lui d'importance, je n'y reviendrai pas.

En ce qui concerne mes observations, l'enquête particulière à laquelle M. Magnan a soumis mes malades, le soin tout spécial avec lequel il cherche à réfuter la plupart des faits que j'ai avancés, me prouvent que mes arguments ont bien pu porter juste. J'ajouterai que, pour moi, ils ne m'ont semblé ébranlés en rien et je crains bien que mon honorable contradicteur, en voulant interpréter ma pensée au lieu de s'en tenir à la lettre même de ma communicaiion, n'ait par suite fait fausse route dans son argumentation.

Et en effet, en passant en revue les critiques de détail adressées à des points différents de chacune de mes observations, on verra que souvent M. Magnan, développant le texte même de mon travail, me reproche, à mon grand étonnement, des faits que je n'ai même pas signalés ; l'observation I en est un exemple, surtout en ce qui concerne la parole et l'instruction de la malade qui n'a appris à lire que vers vingt ans, une fois sortie de l'école. Pour l'OBSERVATION II, les photographies de la malade que j'ai eu l'honneur de vous soumettre ainsi que les mesures de sa tête vous renseignent sur la réalité des faits que j'ai avancés. Je n'ai jamais dit d'ailleurs que la malade de l'OBSERVATION III ait eu de la folie du doute ; et M. Magnan, s'il eût lu exactement mon texte, n'eût pas pris un renseignement pour une constatation. Dans l'OBSERVATION IV, M. Magnan oublie de rappeler que toute la famille de la malade était bègue comme elle. La malade de l'OBSERVATION V manifeste dans différentes circonstances l'importance qu'elle attache au chiffre 3, (compter les doigts, ouvrir trois fois les yeux, boire trois verres d'eau, marcher d'une façon spéciale, etc.). En admettant même que ce soit le fait d'hallucinations, comme la malade entre bien pour quelque chose dans la couleur que revêt ce phénomène subjectif l'mportance donnée au chiffre 3 me paraît devoir être signalé. Son état de débilité mentale a été, d'un autre côté, constaté par M. Legrand du Saulle. — Pour la malade de l'OBSERVATION VI, on lui a toujours connu ses façons spéciales de marcher, même avant qu'elle ne délirât. Elle « faisait le rond » partout où elle allait, quittant même les personnes avec lesquelles elle se trouvait pour satisfaire sa manie ; elle marchait au centre des pavés : elle a encore une sorte ce délire du toucher, qu'une de ses amies a vu se produire encore dernièrement en lui donnant un bouquet de violettes. Son tic facial a existé de tout temps et a été constaté par les personnes de son entourage qui trouvent qu'il lui a « rétréci la figure. » Il en est de même du bégaiement. Enfin elle a été obligée une fois de laisser en gage des bijoux pour payer une de ces courses de voiture qu'elle avait la manie de faire hors de propos. — En ce qui concerne l'OBSERVATION VII, elle a été rédigée d'après des notes fournies par l'interne du service et M. Falret et moi avons pu constater la réalité des faits qui y sont avancés. — La malade

de l'OBSERVATION VIII enfin nous ayant dit que sa voisine en 1881 lui passait la poussière sous sa porte « non par malice, mais par négligence », nous ne voyons pas là le début du délire, mais un délire rétrograde, la malade d'ailleurs, ambitieuse aujourd'hui, faisant aussi remonter ses idées à une substitution, dans l'enfance, etc...

A un point de vue plus général, j'attacherais, suivant M. Magnan, une importance trop grande aux stigmates physiques. Mais je ferai remarquer que je n'ai fait à ce sujet aucune réflexion spéciale dans mes observations, ni mis en relief un symptôme plutôt qu'un autre. Pour moi, elles ne valent que par leur ensemble ; cela n'empêche pas de noter en passant un phénomène anormal, fût-il même d'importance secondaire. C'est comme les hachures dont la réunion dans un dessin arrive à former une ombre. D'ailleurs si, en terminant, j'ai énuméré les tares rencontrées chez mes malades, je n'ai fait qu'exposer un résumé et non créer un type synthétique.

Si, d'un autre côté, les stigmates pris isolément ne sont pas très accentués, cela tient justement à ce que nous avons affaire ici à des gens déjà élevés dans l'échelle des dégénérescences. Mais, si faibles qu'ils soient, cela n'est déjà pas mal de rencontrer chez eux des vestiges de ces tares physiques presque caractéristiques des états inférieurs, de l'idiotie par exemple. Quant à ne pas exister chez mes malades, je me permettrai de faire observer à M. Magnan que sa constatation n'a pas pour moi force de loi. Je les ai vus pour ma part, à plusieurs reprises, je les ai fait contrôler par plusieurs personnes du service, M. Falret a lui-même constaté la présence de la plupart d'entre eux et j'ai eu soin de ne noter que ceux dont l'existence par suite d'examens répétés et faits par différentes personnes, me paraissait indiscutable.

D'ailleurs, qu'importe leur existence puisque, lorsqu'il les trouve chez mes malades M. Magnan ne les signale pas ou nie leur importance dans l'espèce. Cela ne laisse pas que de m'étonner, car l'an dernier dans les discussions sur la folie héréditaire, M. Magnan admettait, sans réserves, les stigmates physiques mis en lumière par Morel et cités par M. Falret, et décrivait même des anomalies du fond de l'œil. Aujourd'hui, pour être dégénéré, il faut présenter des stigmates psychiques, les syndrômes épisodiques. C'est là un principe que M. Magnan pose, mais tout le monde n'envisage pas la question au même point de vue que lui. Et, tout en reconnaissant que dans les délires émotifs on rencontre le plus souvent l'hérédité, il y a loin de là à faire des stigmates psychiques, les seuls caractéristiques de la dégénérescence. Il y a une différence entre un syndrôme et un stigmate. De plus, je rappellerai même que certains auteurs admettent la présence des idées fixes en dehors de l'hérédité. Enfin je ferai remarquer que l'idiot, ce type des dégé-

nérés, qui a des stigmates physiques si apparents, ne présente pas d'habitude les syndrômes épisodiques ou stigmates psychiques de M. Magnan, que nous trouvons d'ailleurs chez deux de nos délirants chroniques.

Je terminerai en disant qu'en ce qui concerne les renseignements sur certaines particularités de la vie antérieure des malades, je crois plutôt à ceux qui m'ont été donnés de différents côtés par les familles qu'à ceux qu'a pu recueillir M. Magnan qui n'a vu que les malades seules.

Quant à la seconde partie de ma communication, celle à laquelle je tiens le plus, puisque j'ai dit considérer mes observations comme « superflues », M. Magnan n'y répond guère. Il laisse ses élèves responsables de leurs opinions et des faits observés dans son serservice, passe complètement sous silence les observations semblables aux miennes de MM. Boucher et Déricq qui pour sa part a, comme je l'ai dit précédemment, rapporté dans sa thèse trois cas de débilité mentale avec délire chronique. M. Magnan critique aussi les délires à évolution chronique des dégénérés de M. Legrain sans dire cependant sa façon de comprendre ces faits-là, car je ne pense pas qu'il songe à nier leur existence. Enfin il déclare ne pas admettre du tout le délire chronique tel que l'a décrit M. Gérente. Il y a donc plusieurs théories du délire chronique. C'est en somme ce que je tenais à faire constater et il me semble ne résulter, comme je l'ai déjà dit, qu'il y a bien de la confusion parmi les partisans eux-mêmes du délire chronique au sujet de cette forme psychopathique prétendue si simple et si claire.

M. Féré. — Nous discutons maintenant sur des faits objectifs, il me semble que le meilleur moyen d'entraîner une conviction dans un sens ou dans l'autre serait de nommer une commission qui examinerait si les malades présentent oui ou non des stigmates physiques manifestes.

M. Magnan. — Les quelques tares qui peuvent exister ne sont que des tares microscopiques et M. Séglas les grossit à la loupe ce qui leur donne une importance hors de proportions.

M. Briand pense que cela ne prouve pas grand chose contre la doctrine en discussion, que huit malades classées improprement, suivant M. Séglas, dans la catégorie des délirants chroniques aient ou n'aient pas de tares héréditaires accusés par des signes de dégénérescence. On peut les considérer comme l'exception que confirme la règle.

M. Falret ne voit dans tout cela qu'une question d'interprétation, car personne ne conteste que dans le délire des persécutions il y a quelquefois des signes de dégénérescence. M. B.

Séance du 26 mars 1888. — PRÉSIDENCE DE M. FALRET.

Du délire chronique (suite de la discussion). — M. COTARD croit à l'existence d'un faux délire des grandeurs qu'on ne doit pas confondre avec la mégalomanie. A une période plus ou moins ancienne du délire anxieux il se produit souvent une mégalomanie caractérisée par des idées d'immortalité, d'immunité, etc., pseudo-mégalomanie qu'il propose de désigner sous le nom de délire d'énormités pour la distinguer du vrai délire des grandeurs. Ce délire d'énormité peut aboutir dans des cas très cliniques à de véritables idées de grandeur ; l'apposition d'idées de grandeur à une période avancée d'un délire chronique n'est pas spéciale au délire des persécutions.

M. MAGNAN. Les adversaires du délire chronique lui ont fait les honneurs d'une longue, minutieuse et savante discussion ; il faut s'en féliciter puisque nous avons été amenés à préciser avec plus de soin certains côtés difficiles de cette espèce pathologique. La question avait été nettement posée par M. Garnier, reprise ensuite à un autre point de vue par M. Briand ; d'où vient que cet exposé qui répond d'une manière si complète à l'observation a trouvé des contradicteurs ?

Assurément les discussions ne changent rien, aux faits ; après comme avant, nous aurons des malades qui d'abord soupçonneux, inquiets, préoccupés, se montreront hallucinés, persécutés puis ambitieux, puis enfin après un temps plus ou moins long, s'achemineront vers la démence. Faut-il laisser ce groupe de malades à physionomie si personnelle à marche si régulière, à pronostic si constant, faut-il les laisser confondus au milieu de tous les persécutés, de tous les mégalomanes, ou bien au contraire, faut-il en faire une espèce particulière dont on déterminerait de plus en plus les caractères spéciaux ? Pour ma part je n'ai pas hésité un seul instant et je fais tous mes efforts pour reconnaître et distinguer parmi les persécutés ceux qui sont appelés à devenir mégalomanes sans retour en arrière, ceux au contraire, qui ne doivent pas s'engager dans cette route sans fin ou qui peuvent impunément être tour à tour persécutés, ambitieux, hypochondriaques, mystiques, etc. et dont le pronostic est tout différent. Pourquoi ce qui paraît si clair et presque indiscutable aux partisans du délire chronique est-il considéré, au contraire, comme très obscur par ses adversaires ? Pour comprendre ces dissidences, il est indispensable de remonter à la source et de se bien pénétrer de ce que nos maîtres éminents Lasègue, Morel et notre regretté Foville ont décrit.

Lasègue dans sa monographie (*Du délire de persécution*, *Arch. génér. de méd.*, février, 1852) a eu le rare mérite de détacher du grand complexus symptomatique désigné par Esquirol sous le nom de lypémanie un groupe de malades présentant un délire partiel dont il fait une espèce pathologique nouvelle qu'il appelle délire de persécution. Pour bien établir le type, il s'en est tenu à la période d'état, négligeant ainsi la marche de la maladie. Il a indiqué, toutefois, la période prodromique, mais il fait observer que si certains persécutés arrivent lentement, progressivement à construire leur roman systématique, il en est d'autres chez lesquels ce travail de formation du délire est *si rapide qu'on saisit avec peine le premier degré*. Si Lasègue ne se fût pas arrêté à la *période de floraison*, comme il le dit, et s'il eût continué à suivre l'évolution et la terminaison de la maladie, il serait arrivé à ce résultat inévitable que les persécutés chez lesquels la période prodromique fait défaut, sont justement les persécutés dont il eût constaté la guérison assez prompte, et par suite, il n'eût pas rangé dans une même espèce pathologique, d'une part, des malades qui guérissent presque toujours, d'autre part, des malades qui ne guérissent presque jamais.

Ces persécutés hallucinés qui guérissent rapidement sont, pour la plupart, des héréditaires dégénérés et quelquefois aussi des alcooliques subaigus, plus rarement des intermittents ou même des hystériques. Ils ont les apparences d'un délirant chronique à la seconde période, mais ils en diffèrent totalement par leurs antécédents, par le mode de début du délire et surtout par son évolution ultérieure. Ils n'offrent jamais la marche systématiquement méthodique du délire chronique.

Une seconde assertion que nous devons relever puisqu'elle a été cause de fréquentes erreurs, c'est que le délire de persécution pourrait s'accompagner ou non d'hallucinations. Après avoir parlé des illusions et des interprétations délirantes du début, Lasègue ajoute : « Jusque-là, le malheureux persécuté s'est maintenu dans les limites des sensations vraies sur lesquelles il a fondé ses inductions délirantes; un certain nombre de malades ne va pas au delà. Ce qu'il a entendu il a pu, il a dû l'entendre et bien qu'il ne dépasse pas cette mesure, *il peut parcourir tous les échelons et arriver au terme le plus avancé de la maladie*, d'autres au contraire, sont poursuivis par des hallucinations sans être ni plus ni moins gravement malades, p. 139. » Plus loin nous voyons encore : « L'hallucination de l'ouïe n'est ni la conséquence obligée, ni l'antécédent nécessaire du délire de persécution, mais elle est la seule qui soit compatible avec lui, p. 140. »

En admettant ainsi dans le même groupe des cas de délire de persécution sans hallucinations, on ouvre la porte à un certain nombre de malades, notamment aux *persécutés persécuteurs* que

pour notre part, d'accord en cela avec M. Falret, nous repoussons du cadre du délire chronique.

Lasègue ayant compris dans le délire des persécutions, des persécutés sans période prodromique, des persécutés sans hallucinations, c'est-à-dire, je le répète, des persécutés souvent curables, s'est trouvé naturellement porté à admettre une période de décroissance du délire de persécution, comme il ressort du passage suivant : « J'ai suivi le délire de persécution depuis son début jusqu'à sa période d'état. Comme je ne veux qu'établir un type et déterminer les caractères qui doivent entrer dans sa définition, il serait hors de propos d'étudier sa *marche décroissante* ou de chercher des indications thérapeutiques (p. 142). »

Du reste, d'après la statistique de Lasègue, la proportion des femmes atteintes de délire de persécution s'élèverait à 25 p. 100, au quart des entrées, y compris les idiotes et les imbéciles. Ce chiffre énorme prouve éloquemment que Lasègue comprenait dans ce groupe un grand nombre des cas qui ne lui appartiennent pas. Cela est si vrai que plus tard ce maître avec sa vaste intelligence, entrevoyait lui-même les imperfections de son œuvre et à propos du délire alcoolique subaigu, insistait particulièrement sur le diagnostic avec le délire de persécution. Plus tard encore ayant eu à s'occuper de plusieurs aliénés persécuteurs et notamment de Teulat, le persécuteur de la princesse de B..., il pressentait un groupe spécial de persécutés persécuteurs distinct du délire de persécution. Le mémoire se termine par quinze observations très écourtées sans doute, mais dont la lecture cependant vient confirmer ce que nous avons dit et montrer à côté les uns des autres des faits de nature très différente.

En résumé, le délire de persécution de Lasègue a marqué un pas en avant en séparant des lypémaniaques d'Esquirol un premier groupe de malades; mais cette espèce pathologique basée presque exclusivement sur un caractère symptomatique, l'idée nette de persécution, a dû englober des faits disparates. De là, une confusion regrettable qui n'est pas sans exercer encore une certaine action sur les débats actuels.

Aujourd'hui il fallait nécessairement faire un choix parmi les persécutés de Lasègue, car les uns sont hallucinés, d'autres ne le sont pas, les uns arrivent d'emblée à l'idée systématisée de persécution, d'autres n'y aboutissent qu'après une longue preparation, les uns guérissent, les autres sont voués à l'incurabilité. De là la nécessité, pour la détermination de ce nouveau groupe, de faire intervenir non seulement le caractère du détire, mais aussi les antécédents du malade et la marche de la maladie. Voyons à présent ce que pensait Morel des délirants persécutés.

Morel en 1860 (*Traité des maladies mentales*, p. 703 et suivantes) à propos du délire et des actes consécutifs à l'hypochondrie né-

vrose, décrit le délire hypochondriaque et, dans un chapitre spécial, parle des persécutés qui deviennent des ambitieux. (Du délire des idées et des actes qui est la conséquence de l'hypochondrie, *folie hypochondriaque*, *délire de persécution*, p. 703. Transformation du délire des persécutions, stymatisation des conceptions délirantes ; transition à l'idée qu'ont ces malades d'être appelés à de grandes destinées, p. 714.)

S'il n'admettait que des persécutés devenant ambitieux, il s'en trouverait certainement parmi eux beaucoup qui seraient des délirants chroniques; mais pour Morel il faut qu'ils soient hypochondriaques d'abord; or, l'hypochondrie, nous le savons, est le plus souvent une manifestation des héréditaires dégénérés et comme le délire chronique est très rare chez ces derniers, il ne paraissait guère probable que *l'hypochondriaque persécuté ambitieux* pût présenter des caractères assez fixes pour entrer dans le cadre du délire chronique.

M. Magnan donne lecture de deux observations que Morel considère comme des exemples types et qui s'appliquent manifestement à des dégénérés. Ni l'un ni l'autre des cas ne rentre donc ni dans le cadre du délire des persécutions tel que le comprend M. Falret, ni dans celui de notre délire chronique et cependant la grande autorité de Morel, ajoute M. Magnan, a pesé certainement sur quelques-unes des opinions présentées dans notre discussion.

Examinant ensuite le remarquable mémoire de Foville[1] sur la folie avec prédominance d'idées de grandeurs, nous trouvons, continue M. Magnan, dans ce consciencieux travail la contre-partie du délire de persécution de Lasègue. Foville s'approprie quelques-uns des hallucinés persécutés de Lasègue devenus des hallucinés ambitieux et il les range dans une nouvelle espèce pathologique, la mégalomanie. Si Foville s'était contenté de comprendre les seuls persécutés devenus ambitieux, nous serions bien près de nous entendre; mais la mégalomanie de Foville ne contient pas seulement les délirants chroniques (persécutés hallucinés à longue éclosion, devenus plus tard ambitieux), cet auteur fait entrer aussi dans le cadre de la mégalomanie des sujets qui d'emblée ont des hallucinations et des idées ambitieuses ; d'autres, qui ont des idées ambitieuses et pas d'hallucinations; d'autres chez lesquels les délires de grandeur et de persécution sont contemporains, et enfin, des cas dans lesquels le délire des grandeurs se montre le premier et est suivi de délire de persécution. Si bien que nous nous trouvons encore en présence des mêmes difficultés, nous avons un groupe clinique, la mégalomanie, qui réunit des sujets

[1] A Foville. — *Etude clinique de la folie avec prédominance d'idées de grandeur*. Paris, 1871.

très différents, non seulement au point de vue des caractères même du délire, mais aussi au point de vue du début et de l'évolution de la maladie.

Foville étage la mégalomanie sur douze observations ; dans les quatre premières, il s'agit manifestement d'héréditaires dégénérés de la catégorie de ceux auxquels je faisais allusion à propos de Morel.

Après avoir fait ressortir dans les travaux de nos devanciers, les causes d'erreur qui pourraient encore exercer leur influence, j'en viens à la communication de M. Falret. Notre savant collègue indique tout d'abord en quelques mots l'évolution du délire de persécution tel qu'il le comprend. A une période d'incubation que nous admettons comme lui, succède une deuxième période caractérisée par des hallucinations auditives et des idées systématisées de persécution, puis vient une troisième période avec des hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat, des troubles de la sensibilité générale et des idées stéréotypées de persécution, enfin survient le délire ambitieux.

Que notre excellent collègue nous permette de faire observer que les troubles de la sensibilité générale se montrent assez souvent dès le début de la deuxième période : avec les premières injures, tel malade se plaint de démangeaisons, qu'il attribue à la vermine, qu'on lui lance dans la rue, tel autre se dit tourmenté par des décharges électriques, etc. Quelquefois aussi on observe de bonne heure des hallucinations du goût et de l'odorat[1]. D'autre part, le délire stéréotypé est un phénomène habituellement très tardif et quand il se présente, des modifications beaucoup plus importantes se sont déjà produites : les idées ambitieuses et les erreurs de la personnalité. Aussi nous paraît-il plus simple de comprendre le délire de persécution dans la deuxième période et le délire ambitieux dans la troisième période ; c'est à ce moment que les idées délirantes tendent à se stéréotyper ; cette période précède la dernière étape, celle de la déchéance intellectuelle ou de démence. Quant au délire ambitieux, M. Falret ne partage nullement l'opinion des partisans du délire chronique. Ce délire ambitieux s'observe à peine, dit notre savant contradicteur, dans le tiers des cas et c'est un simple délire surajouté qui ne change rien au fond de la maladie.

Dans une discussion clinique, je ne puis assurément répondre que par les faits et je demande la permission d'invoquer les observations d'un adversaire qui n'est pas suspect de tendresse pour le délire chronique, de notre collègue M. Séglas qui, du reste, a choisi plusieurs de ces observations, dans le service même de M. Falret.

[1] Magnan. — *Du délire des persécutions.* Leçons faites à l'asile Sainte-Anne. (*Gaz. méd.* Oct.-nov. 1877.)

Que voyons-nous chez ces sept malades? six ont du délire ambitieux et sur les six, quatre n'avaient, il y a deux, trois, quatre ans, au moment de leur entrée au bureau d'admission, que des hallucinations et du délire de persécution et pour ces quatre, il faut bien le remarquer, en disant délire chronique, nous comprenions implicitement le développement ultérieur du délire ambitieux. Il est probable que si M. Falret se donne la peine de faire une nouvelle statistique en ne comprenant que les vrais délires chroniques, le désaccord sur ce point cessera entre nous.

Quant au délire ambitieux, il ne peut rien changer au fond même de la maladie. Comme le délire de persécution, il se développe le plus souvent sous l'influence d'une hallucination; d'autres fois, au contraire, il est déduit logiquement suivant le mécanisme indiqué par Foville, du délire de persécution, mais quelquefois aussi, il se développe brutalement en quelque sorte, sans nul raisonnement de la part du malade, il semble que le terrain soit devenu propice à l'éclosion des idées ambitieuses, le patient comme l'a fait observer M. Christian, subit son délire et le subit passivement.

Le délire ambitieux ne change pas assurément la nature de la maladie; le délire de persécution persiste, mais les idées ambitieuses tendent peu à peu à devenir prédominantes et donnent au sujet non seulement une personnalité nouvelle, mais aussi une physionomie toute différente de celle du début. Dans quelques cas d'hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté, les hallucinations d'abord très nombreuses dans l'oreille que nous pourrions appeler persécutée, tendent à diminuer à mesure que se développent les hallucinations dans l'oreille ambitieuse [1]. Cette période fait donc corps avec le délire chronique au même titre que la suppuration dans l'éruption variolique.

M. Falret ne veut pas de la période de démence et cependant, s'il est vrai que certains délirants chroniques soient encore au bout de vingt ou trente ans capables de causer raisonnablement sur beaucoup de sujets étrangers à leur délire, il en est d'autres chez lesquels le niveau mental a notablement baissé, leur activité cérébrale se borne à ressasser quelques conceptions délirantes stéréotypées. De temps à autre, leur esprit se réveille sous l'influence d'hallucinations, d'images tonales qui continuent à s'échapper presque automatiquement du centre cortical. Ils se montrent indifférents à ce qui les entoure; on les voit adoptant parfois des attitudes spéciales se tenant à l'écart, tantôt immobiles, d'autres fois parlant seuls à voix basse, faisant tout à coup certains gestes toujours les mêmes en rapport avec des conceptions

[1] Magnan. — *Des hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté.* (*Arch. de Neurol.*, n° 18., nov. 1883.)

délirantes qui ne changent pas non plus. Si vous les interrogez ils ne répondent pas d'abord, puis, si l'on insiste ils regardent comme étonnés et ne donnent souvent que des réponses incomplètes. C'est bien là une déchéance réelle de l'intelligence que nous désignons du nom de démence, ce terme s'adressant, d'une manière générale, aux états intellectuels en voie de déclin.

M. Falret craint aussi que le délire chronique ne comprenne des faits plus nombreux et plus complexes que ceux que l'on admet dans le cadre du délire de persécution. Il peut se rassurer sous ce rapport, car le délire chronique tel que nous le comprenons laisse en dehors de lui des faits qu'embrasse, au contraire, le délire des persécutions beaucoup moins limité et beaucoup plus compréhensif.

Enfin faut-il conserver le nom de délire de persécution sous lequel Lasègue comprend cette immense classe de délirants persécutés? Dans ce cas, pourquoi ne l'appelerions-nous pas *mégalomanie* avec Foville puisque, du moins, nous aurions sous ce vocable les trois périodes : incubation, persécution, ambition. Mais M. Falret me répondrait sans doute, qu'à côté des persécutés mégalomanes, Foville a rangé des mégalomanes d'emblée et d'autres mégalomanes très différents; c'est bien aussi mon avis et c'est pour cela que je crois devoir désigner ce groupe bien limité de malades sous le nom de délire chronique à évolution systématique.

Ce que j'ai dit des travaux de Lasègue, de Morel, de Foville, ma réponse à M. Falret et les objections présentées par MM. Garnier, Briand et Doutrebente à MM. Dagonet et Christian, ne me permettraient d'argumenter les savantes communications de mes deux distingués collègues qu'en reproduisant des opinions déjà émises; j'insisterai d'autant moins que MM. Dagonet et Christian sont l'un et l'autre d'excellents cliniciens, qu'ils ont l'un et l'autre un magnifique service et qu'ils pourront aisément contrôler de nouveau les assertions émises sur le délire chronique.

Un mot seulement sur la communication de M. Ball; notre honorable collègue a rapporté deux observations intéressantes de délire ambitieux systématisé chez des dégénérés; dans l'une d'elles notamment, le délire ambitieux remonte à l'âge de huit ans. Ces faits prouvent une fois de plus combien il était nécessaire de tracer nettement les limites du délire chronique pour ne pas confondre avec lui des cas de ce genre très différents aussi bien par les caractères spéciaux du délire que par leur origine et leur évolution.

Quant à M. Charpentier, il a fait une étude séméiologique fort étendue des idées morbides de persécution qu'il a classées en neuf groupes; mais le dernier groupe seulement « persécutés qui aboutissent à la mégalomanie » se rattache à notre discussion. Les principales objections de M. Charpentier rappelant celles qui

ont déjà été présentées ne réclament pas de nouveaux arguments de ma part; aussi je demande la permission de passer à la communication de M. Cotard.

L'argumentation de M. Cotard repose principalement sur une nouvelle manière d'envisager l'origine du délire. Suivant notre érudit contradicteur, le délire ambitieux par exemple, est tout autre, selon qu'il repose sur des lésions psycho-motrices, lésions de la volonté, ou sur des lésions psycho-sensorielles, lésions de la sensibilité.

Analysant le délire ambitieux du paralytique général, du circulaire, il pense qu'en dehors des caractères généraux signalés par M. Falret, ce que ce délire ambitieux a de spécial, il le doit à son origine psycho-motrice et à l'idée prédominante de toute puissance. Il rappelle l'acte absurde du paralytique qui, s'imaginant avoir des ailes, se jette bravement par la fenêtre. L'absurde, dit-il, ne l'arrête pas, il est tout-puissant.

Je demande à M. Cotard la permission de faire observer que l'idée de puissance ne suffirait pas à elle seule pour expliquer un tel acte, car l'aliéné circulaire qui est aussi tout-puissant ne se jette pas par la fenêtre pour prendre son vol.

D'autre part, au contraire, le paralytique est coutumier du fait; il est absurde dans tous ses actes. S'il veut se tuer, il le fait à sa manière : une femme paralytique qui entendait des injures (délire à origine psycho-sensorielle) raconte *qu'on l'embête* et qu'elle veut en finir avec la vie. Elle allume un réchaud de charbon dans sa chambre, mais comme la fumée enveloppe les rideaux, elle se lève, va ouvrir la fenêtre et se remet au lit attendant l'asphyxie qui ne vient pas. Voilà donc un acte tout aussi naïf, tout aussi absurde que celui du paralytique tombé par la fenêtre. Peu importe, il me semble, l'origine motrice ou sensorielle de ces conceptions délirantes, car ce qui rapproche ces deux actes de paralytiques, c'est avant tout l'état mental, c'est le fond de démence sur lequel reposent toutes leurs conceptions.

Pour M. Cotard, l'origine psycho-sensorielle donnerait au délirant persécuté son caractère particulier. Assurément, il ne faut rien négliger dans l'étude pathogénique du délire, mais pour le clinicien, il y a d'autres éléments qui sont des guides plus sûrs : un exemple va vous le faire comprendre.

« Si nous examinons, dit M. Cotard, un autre malade et que celui-ci, dans le courant de la conversation, nous avoue confidentiellement qu'il est l'héritier légitime des Bourbons, et qu'il est appelé à monter sur le trône de France, il est probable, si nous l'interrogeons adroitement qu'il ne tardera pas à ajouter que ses ennemis le maintiennent dans une maison de santé où ils lui font subir mille tortures. »

Notre cher président semble croire que ce délire ambitieux

systématisé avec les idées de persécution suffirait à poser un diagnostic. Ce serait là une erreur, car cet héritier des Bourbons persécuté pourrait être tout aussi bien un délirant chronique qu'un mégalomane dégénéré, distinction fort importante pour le clinicien, puisque le premier, nous le savons, est incurable tandis que le second peut guérir.

Par conséquent, le contenu même du délire, la formule, pour me servir de l'expression de M. Cotard, ne suffit pas au diagnostic, il faut aussi s'enquérir de la marche et de la succession des idées délirantes. Cet aliéné ne sera délirant chronique que tout autant qu'il ne sera devenu l'héritier des Bourbons, qu'après une période d'incubation et d'interprétations délirantes suivie elle-même d'une longue étape de persécution.

Si, au contraire, c'est un héritier des Bourbons de fraîche date, s'il est devenu ambitieux et persécuté en même temps, ou bien si les idées de persécution se sont développées longtemps après un délire ambitieux systématisé, il s'agit d'un dégénéré dont les antécédents fournissent habituellement d'autres troubles nerveux. Le pronostic devient dans ce cas beaucoup moins sombre.

Ce sont donc des malades tout différents et je dirai volontiers, comme M. Cotard, il n'a pas *une* mégalomanie, *un* délire des grandeurs et nous pourrions ajouter *un* délire de persécution, mais la clinique nous enseigne, et c'est par là que je termine, qu'il y a bien réellement un délire chronique à évolution systématique.

M. Christian. Lorsque MM. Garnier et Briand ont ouvert cette description, j'avais cru comprendre que la forme nosologique désignée par Lasègue de délire des persécutions devait toujours présenter les quatre périodes signalées par nos deux collègues, d'après la doctrine de M. Magnan; j'ai alors répondu et je persiste à croire qu'il existe un certain nombre de persécutés qui restent toujours persécutés et qui ne deviennent pas fatalement ambitieux ni déments, car on ne peut appeler démence l'affaiblissement intellectuel consécutif et la cristallisation du délire. Il existe aussi des idées de persécution chez certains vieillards et je voudrais qu'on séparât encore plus nettement le délire des persécutions de la lypémanie, car dans la lypémanie le délire vient du dedans, tandis que chez les persécutés, il vient toujours du dehors.

M. Magnan. C'est précisément ce que nous avons voulu faire en séparant du groupe général des persécutés un certain type à marche lente et progressive et c'est pour le même motif que j'ai proposé de le désigner du nom de délire chronique.

M. Ritti. Mais, en face d'un persécuté, à quoi reconnaissez-vous s'il est un simple dégénéré ou bien qu'il deviendra délirant chronique?

M. Magnan. D'abord, d'après les antécédents héréditaires et personnels et ensuite d'après la marche de la maladie. Si la famille

me raconte que depuis quelques semaines le malade se plaint qu'on lui fait des misères et qu'auparavant il ne présentait aucun trouble intellectuel, j'écarte l'idée du délire chronique ; mais si, au contraire, on me raconte de plusieurs années auparavant, il s'est montré inquiet, préoccupé, soupçonneux et que depuis plus ou moins longtemps il se plaint d'être tracassé par des ennemis imaginaires, je pense au délire chronique, lequel devient évident pour tous le jour où se montrent les tendances ambitieuses.

M. Féré fait remarquer qu'on ne fait alors qu'un diagnostic rétrospectif.

M. Briand. Rétrospectif dans une certaine mesure, mais qui n'en comporte pas moins un pronostic à longue échéance. D'ailleurs tous les diagnostics ne sont-ils pas plus ou moins rétrospectifs? Quand nous sommes appelés près d'un malade qui a un frisson, ne sommes-nous pas obligés d'attendre ce qui adviendra pour nous prononcer avec certitude ; de même, en face du délire chronique dont les étapes successives se manifestent, non plus par jours, mais par années, pourrions-nous attendre plusieurs mois après le début de l'affection pour nous faire une opinion ? D'ailleurs, qu'importe pour la doctrine qu'on fasse le diagnostic de cette affection à telle ou telle période? Le délire chronique est ou n'est pas. Si on peut le diagnostiquer, c'est qu'il existe.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN

Séance du 11 janvier 1886[1]. — Présidence de M. Westphal.

Le président rappelle que la fête anniversaire de la fondation de la Société tombe en février et sera célébrée par un banquet.

M. Thomsen lit son mémoire sur les *troubles de la sensibilité chez les aliénés*. Il sera publié ailleurs[2]. La discussion qui s'y rattache met en lumière la rareté des achromatopsies (Uhthoff), — la dyschromatopsie qu'on observe ne s'étant manifestée que dans six à sept cas (Thomsen), — enfin, l'intégrité de la sensibilité des organes génitaux chez les paraplégiques à lésions spinales (Westphal).

M. Siemerling. *Des asiles d'aliénés franques et écossais* : rapport de voyage, a été publié[3].

[1] Voy. *Archives de Neurol.*, tome XII, p. 110.
[2] *Id.*, Revues analytiques.
[3] *Id.*, Rev. anal.

Séance du 8 mars 1886. — PRÉSIDENCE DE M. WESPHAL

M. REMAK, pour régler exactement la *densité du courant galvanique*, a fait fabriquer par Hirschmann une série de *lames discoïdes pour électrodes* qui sont *graduées d'après leurs dimensions superficielles* conformément au *système décimal* et portent leurs numéros respectifs sur leurs hampes. On sait que M. Erb choisit pour *électrode normale* un carré de 10 centimètres dont le diamètre mesure 3 cent. 5. Remak prendra, selon les cas, 15, 20, 30, 40 centimètres carrés correspondant à des tables de 4,4; 5, 6, 7, 8 centimètres.

M. BERNHARDT communique : Un cas de *paralysie périphérique isolée du nerf sus-scapulaire gauche.* — Un cas de *parésie de presque tous les muscles de l'extrémité supérieure gauche à étiologie remarquable.* — Deux cas de *paralysie faciale périphérique présentant certaines particularités*[1].

M. WESTPHAL. Deux cas de *tabes dorsal avec conservation du phénomène du genou. Autopsie*[2].

Séance du 10 mai 1886. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

M. OPPENHEIM. *Contribution à la pathologie du tabes.*

M. REMAK présente un cas d'*hémiatrophie saturnine de la langue.* Saturnin franc de quarante-deux ans, atteint de paralysie des extenseurs du côté droit avec paralysie bilatérale des cordes vocales (raucité de la voix), parésie de la moitié droite du voile du palais, hémiatrophie du côté droit de la langue, réaction dégénérative partielle, légère blépharoptose gauche, nystagmus des globes oculaires quand le centre de la pupille est, pendant l'excursion du côté droit arrivé à la fin de sa course, immobilité fixe et rigide de l'iris. Il ne s'agit donc ni d'un tabétique, ni d'un paralytique général, et l'alcool n'expliquerait pas ces accidents. Donc c'est un saturnin qui, de par sa profession, parlait beaucoup (il avait le service économique des outils d'une grande fabrique) et chiquait en conservant par habitude la chique à droite (V. *Berlin klin. Wochenschrift*).

Séance du 7 juin 1886. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

M. THOMSEN. Un cas de *paralysie isolée du regard en haut*, avec

[1] Voy. *Archives de Neurologie.* Revues analytiques.
[2] *Id.*

autopsie[1]. — M. Martius. *Recherches expérimentales pour servir à l'électro-diagnostic*[2].

Séance du 12 juillet 1886. — Présidence de M. Westphal.

M. Mendel présente un jeune homme de dix-huit ans *intoxiqué par le sulfure de carbone* dans une fabrique de caoutchouc vulcanisé. Depuis neuf mois, il plonge l'objet tenu de la main gauche dans le liquide vulcanisateur. Aussi a-t-il ressenti dans la main gauche d'abord de l'engourdissement, du fourmillement, de la raideur, puis de l'immobilisation en extension de l'ensemble des doigts. Bientôt l'extrémité inférieure gauche s'est prise de la même façon ; finalement à la raideur ont succédé des crises de tremblements à l'occasion des mouvements voulus et d'une émotion, et même de violentes secousses, surtout prononcées dans le membre supérieur. En même temps parésie gauche. Intégrité des nerfs crâniens, de la sensibilité, des réflexes, de l'excitabilité électrique.

Discussion : M. Uhthoff fait ressortir combien les troubles de la vue de ces malades ressemblent à ceux des saturnins (névrite optique, scotome central). Et cependant le plomb n'a rien à faire dans les manipulations de cette industrie. — M. Mendel rappelle que M. Bernhardt a vu en pareil cas de l'ataxie, de très grands troubles de la sensibilité, de la démence psychique (*Berlin Klin. Wochenschrift*, 1871).

M. Falk. *Des suites d'un accident de chemin de fer.* — Le mécanicien F... projeté par un choc de trains, s'en va, le 18 mars 1885, donner de l'occiput du côté droit contre la toiture de sa locomotive. Il n'est pas blessé, ne perd pas connaissance, et cependant se montre très effrayé. Visiblement mal à l'aise, anxieux, distrait, agité depuis cette époque, il ne consulte toutefois pas. Le 4 décembre 1885, négligeant un signal d'entrée en gare, il occasionne presque une rencontre. Huit jours après, le médecin le voit et soupçonne une affection organique du cerveau en voie de développement. Il rédige un rapport médico-légal qui fait remonter la maladie au 18 mars. On constate, en effet, de la fatigue, des céphalalgies, de la tendance aux vertiges subjectifs, une exagération déjà marquée des réflexes, de l'impotence sexuelle, de l'incapacité de travailler, de l'amnésie, de la dépression du côté de la sensibilité morale, du changement de l'humeur, de l'excitabilité.

[1] Voy. *Archives de Neurologie.* Revues analytiques.
[2] *Id.*

Séance du 8 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. W. SANDER.

M. MENDEL présente un homme de quarante ans, chez lequel on trouve simultanément : absence du phénomène du genou ; clonus podalique des deux côtés. Contraction paradoxale du pied gauche. Pas de syphilis. La maladie a débuté, à la fin de 1877, par des douleurs dans la hanche gauche ayant varié d'intensité et ayant finalement envahi la jambe droite, depuis peu même l'épaule droite. Affaiblissement graduel de la motilité. Intégrité des bras. Dans les extrémités inférieures, troubles considérables de la sensibilité et du sens musculaire. Atrophie de la jambe gauche dans les régions de la cuisse et du mollet ; atrophie moindre à droite. Inégalité pupillaire (mydriase gauche). Un peu de parésie faciale gauche. Diagnostic : *sclérose en plaques*. Une plaque occupe l'appareil réflexe, qui suivant le nerf crural gagne le quadriceps fémoral, puisque le réflexe tendineux rotulien a disparu. Une autre plaque lèse les fibres sciatiques dans les cordons latéraux (clonus podalique).

M. SIEMERLING. *D'une callue légitime, régulièrement coordonnée des racines de la moelle épinière aux diverses hauteurs.* — Voici les conclusions de l'auteur : 1° les racines antérieures de la moelle cervicale et de la moelle lombaire regorgent de grosses et larges fibres nerveuses. Elles mesurent en épaisseur $0^{mm},018$ à 0,02, il n'y en a que peu de 0,004 ; 2° les racines postérieures des deux mêmes régions contiennent un grand nombre de tubes nerveux fins en faisceaux isolés ou en petits groupes ; 3° les racines de la moelle dorsale contiennent un très grand nombre de petites fibres réunies en assez gros faisceaux qui cheminent entre les fibres larges.

Séance du 13 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. W. SANDER.

M. MOELI a continuellement employé le *procédé de Jendrassik* sur vingt-cinq malades. Sur quinze paralytiques généraux présentant le signe de Westphal, le phénomène du genou ne put être provoqué par ce procédé chez dix.

M. BERNHARDT. *Contribution à la pathologie de la paralysie saturnine.* — Il s'agit de *six tailleurs de limes*. On constata, en effet, la paralysie et l'atrophie des muscles de l'éminence thénar et du premier interosseux, mais il ne faut pas croire que chez ces ouvriers ce soit la main gauche qui soit de préférence ou presque exclusivement atteinte. Ne voit-on pas chez les saturnins exerçant les professions plus différentes, la paralysie classique commune des extenseurs de concert avec l'atteinte de l'éminence thénar et du premier interosseux et même de plusieurs interosseux.

M. Thomsen. *Contribution à la névrite alcoolique multiloculaire.* — Six observations dont trois avec autopsie. En voici un type magnifique. Boucher de vingt-quatre ans, très vigoureux, ni syphilitique, ni tuberculeux, mais buveur acharné. A la Noël 1883 débauche. A la fin de 1885, refroidissement suivi d'affaiblissement et de raideur des extrémités inférieures sans douleur. Diplopie. Alité le 23 février 1886 : parésie des jambes, bras pendants, délire. Le 26, désordre très prononcé dans les idées, délire. Intégrité physique des viscères de la vie végétative. P. = 120 — 140, sans fièvre. Nystagmus. Parésie des deux oculo-moteurs externes. Blépharoptose. Conservation de la réaction pupillaire. Légère névrite optique. Paralysie des membres inférieurs. Parésie des membres supérieurs, surtout dans les extenseurs. Pas d'ataxie. Mouvements automatiques. Anesthésie associée à de l'hypéralgésie. Ralentissement de la conductibilité des impressions. Paresthésie. Trouble accusé du sens de position. Absence de réflexes cutanés et tendineux. Disparition de l'excitabilité mécanique des extenseurs des doigts et des vastes de la cuisse. Réaction dégénérative du territoire du radial, des extenseurs des jambes, et, mais moindre, dans les muscles des membres inférieurs et dans les vastes de la cuisse. Intégrité du facial à tous égards. Légers œdèmes ; accidents du décubitus progressifs, malléolaires, marasme, pneumonie, mort le 26 novembre 1886. Aucune altération à l'œil nu ; au microscope, dégénérescence très avancée des nerfs, atteignant du plus au moins les nerfs saphène, péronier et tibial postérieur — crural, sciatique et radial — médian et cubital. Les petites branches musculaires sont très affectées. La lésion consiste en une atrophie dégénérative avec multiplication des noyaux, hyperplasie vasculaire isolée, tuméfaction du périnerf, petites hémorrhagies. Intégrité du pneumo-gastrique, de l'oculo-moteur commun ; foyers dégénératifs circonscrits sans multiplication des noyaux dans les oculomoteurs externes. Dégénérescence musculaire correspondante.

Séance du 10 janvier 1887. — Présidence de M. Westphal.

M. Westphal. *Lésion anatomique en un cas de phénomène du genou n'existant que d'un côté.* — Un paralytique général ne présentait pas du tout de réflexe tendineux rotulien à gauche ; ce réflexe subsistait à droite. Le microscope révéla qu'à gauche, dans le segment de la moelle qui constitue la limite entre les régions dorsale et lombaire, la lésion des cordons postérieurs avait atteint la *zone d'entrée radiculaire*, tandis qu'elle avait respecté cette zone du côté droit.

M. Westphal présente des préparations d'*atrophie du noyau de l'hypoglosse et de ses racines.* Absence presque complète de cellules

du côté gauche; en ce point, transparence du tissu fondamental; aux alentours du noyau, peu de fibres nerveuses à myéline; les racines sont amincies. Cette altération va de l'extrémité inférieure du noyau jusqu'au point limite entre le tiers inférieur et le tiers moyen; au-dessus, intégrité parfaite. On avait constaté, pendant la vie, l'atrophie de la partie antéro-latérale de la moitié gauche de la langue, ainsi qu'une paralysie progressive des muscles de l'œil (opthalmoplégie externe). Le même malade était atteint de dégénérescence grise des cordons postérieurs.

M. Kœnig. *Deux cas de lésion de la zone motrice du cerveau.* — Ces deux cas ont été examinés au point de vue des questions suivantes. Quand la zone motrice est lésée : 1° l'atteinte seule de la substance grise, sans participation de la substance blanche, est-elle capable de déterminer des troubles moteurs? — 2° Y a-t-il trouble de la sensibilité ? — 3° La dégénérescence secondaire est-elle la règle ? L'orateur conclut affirmativement sur le premier point; la sensibilité à la douleur peut être diminuée; il survient une dégénérescence secondaire. On peut, il est vrai, ne pas trouver cette dégénérescence, quoiqu'il se soit écoulé le temps voulu; c'est qu'alors elle est trop minime pour que nos procédés de coloration actuels puissent la déceler.

Discussion. — M. Oppenheim déclare les deux faits mal choisis. L'un concerne un processus anatomique diffus (hématome dure-mérien étendu avec lésion corticale également étendue). Dans l'autre, il s'agit d'un néoplasme. Enfin, quand l'histologie ne révèle pas d'altérations secondaires, c'est qu'il n'y en a pas.

M. Westphal. Les tumeurs cérébrales ne peuvent servir à l'étude des localisations cérébrales; quand le microscope ne décèle pas de lésions secondaires, c'est qu'il n'y en a pas.

M. Otto présente une série de préparations rares. Ce sont d'abord trois exemples d'*hétérotopie de la substance grise*; deux ont trait à l'existence de cette substance dans la paroi du ventricule latéral, chez une paralytique générale de trente-huit ans et chez une démente épileptique de soixante et un ans; l'autre concerne une démente sénile de soixante-douze ans ayant de cette substance dans sa protubérance. C'est ensuite un exemple d'*hyperplasie de l'écorce du cerveau*, chez une démente sénile de soixante-quatre ans; on trouve sur le lobe frontal et la frontale ascendante du côté droit de petites saillies grises, ayant le diamètre de demi-lentilles : en ces endroits, les petites cellules normales de la couche corticale externe ont augmenté de nombre et sont distribuées un peu irrégulièrement; un plus grand nombre de fibres nerveuses en partent, elles sont plus touffues, plus pressées qu'ailleurs; c'est pourquoi la substance grise se montre à l'œil nu rayée de stries anches.

Séance du 14 mars 1887. — Présidence de M. Westphal.

M. Westphal. *Des groupes de cellules nerveuses ganglionnaires au niveau du noyau de l'oculomoteur commun.* Publié à part[1].

M. Joseph. Recherches relatives à la *physiologie des ganglions spinaux. Conclusions.* — 1° Les fibres motrices ont un centre trophique dans la moelle. — 2° Un certain nombre de fibres nerveuses directes qui traversent le ganglion, sans entrer en relation avec les cellules de cet organe, et se rendent ensuite à la périphérie, ont aussi leur centre trophique dans la moelle. Ainsi s'explique la dégénérescence partielle dans le ganglion et le nerf périphérique après la section centrale des nerfs, et la dégénérescence de la racine postérieure avec celle du ganglion après la section périphérique des nerfs. — 3° Le ganglion spinal contient un centre trophique autonome pour les fibres nerveuses sensitives, mais il n'y a pas d'argument sérieux à l'appui de l'opinion que le ganglion contient un centre pour les organes périphériques. — 4° Toute cellule nerveuse ganglionnaire est en connexion aussi bien avec le centre qu'avec la périphérie.

M. Siemerling. *Contribution casuistique aux localisations cérébrales.* — Femme de soixante-quatre ans, jusque-là bien portante; ictus apoplectiforme suivi de paralysie des extrémités, surtout de l'extrémité supérieure du côté droit, avec aphasie mixte. Ceci persiste des mois avec de légères rémissions. Finalement, en sus, parésie faciale à droite, et, à plusieurs reprises, attaques épileptiformes avec trouble de la connaissance (convulsions cloniques du côté paralysé); ces convulsions irradient au côté gauche de la face et l'on constate encore pendant plusieurs jours des contractions cloniques allant de l'extrémité supérieure à la paroi musculaire de l'abdomen du même côté. Elle succombe dans une attaque épileptiforme. Athéromasie des vaisseaux de la base; un foyer de ramollissement ancien, gros comme un lentille, occupe la tête du corps strié gauche; un autre foyer de ramollissement jaune, récent, siège dans le lobe occipital gauche, traversant l'écorce et la substance blanche de cette région pour joindre la corne postérieure du ventricule latéral. On trouve au microscope, en divers points du lobe temporal, de la frontale ascendante, et de la troisième frontale, de l'hémisphère gauche, soit dans l'écorce, soit dans la substance blanche, des foyers de cellules granuleuses.

M. Oppenheim. *Sur un cas de paralysie bulbaire chronique progressive sans lésion anatomique.* — Jeune fille de vingt-neuf ans.

[1] Voy. *Archives de Neurologie.* Revues analytiques.

Faiblesse des extrémités ; troubles de la parole comme ceux des lésions bulbaires, troubles de la mastication et de la déglutition, aggravation graduelle de la paralysie ; pas d'atrophie ; intégrité de la vie mentale, de la sensibilité, des fonctions vésico-rectales. Durée : deux ans, puis aggravation, pneumonie, mort. Absolument pas de lésion. Donc *névrose à symptômes bulbaires.*

Séance du 9 mai 1887. — Présidence de M. W. Sander.

M. Remak présente un homme de trente-neuf ans, atteint de *tabes* caractérisé, qui, il y a quelques semaines, a vu se développer graduellement de la paralysie avec atrophie musculaire de l'éminence thénar droite due certainement à une *névrite dégénérative périphérique du nerf médian*, car les accidents, y compris la réaction dégénérative, n'ont pas dépassé le territoire de ce nerf à la main, et les troubles de la sensibilité se sont limités à ce domaine exclusivement. C'est un cigarrier continuellement occupé à tourner des bouts entre le pouce et l'index. Le surmenage de la fonction a donc donné un coup de fouet aux altérations périphériques dont le tabes est coutumier (travaux de Oppenheim et Siemerling). (Voy. *Berlin. klin. Wochenschrift.*, 1887.)

M. H. Wirchow. *Sur un cerveau dépourvu de corps calleux.* — Présentation de photogrammes et de préparations microscopiques. Chez un enfant de six semaines, hydrocéphalie interne, absence de corps calleux, microgyrie et circonvolutions radiaires. Légères malformations crâniennes qui sont sous la dépendance des anomalies cérébrales. Les causes de ces anomalies sont une lepto-méningite chronique (inflammation avec adhérences) allant, à la base, des tubercules quadrijumeaux à la lame terminale et d'une insula à l'autre, et ayant déterminé l'aplasie de toutes les tubérosités de ces régions. La mikrophthalmie simultanée et le trouble des nerfs olfactifs marquent l'époque à laquelle a débuté l'affection. Mais, dans tous les cas, l'absence de corps calleux ne peut être que pathologique. On n'a pas encore démontré que cette anomalie fût atavique. On comprend au contraire très bien que des processus pathologiques nés au cours de la vie intra-utérine guérissent si bien pendant la même période qu'on n'en voit plus de traces et que l'arrêt de développement cérébral qu'ils ont déterminé soit à la naissance le seul reste de la maladie inflammatoire.

M. H. Wirchow parle encore *des cellules qui existent dans la substance gélatineuse de Rolando* et présente des préparations microscopiques correspondantes. Ce mémoire sera publié ailleurs[1].

[1] Revues analytiques.

Séance du 13 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. W. SANDER.

M. BERNHARDT présente un malade ayant une *paralysie traumatique du radial* (voy. *Centralbl. f. Nervenheilk*, 1887)[1].

Discussion. — M. REMAK a eu l'occasion d'examiner ce même malade fin octobre dernier, au moment où il venait de subir son opération qui, probablement par suite de la compression exercée par l'appareil, avait entraîné la complication de la paralysie presque complète de tous les autres nerfs du plexus brachial. Mais ceux-ci présentaient une excitabilité électrique normale tandis que celle du radial était totalement éteinte et que les muscles qu'il innerve étaient affectés de réaction dégénérative. Au commencement de février, la paralysie surajoutée ayant déjà rétrocédé, M. Remak dirigea un traitement galvanique régulier contre la paralysie parfaite du radial ; à la fin du même mois, le premier radial externe commença à se contracter. Il y avait cinq mois que le blessé avait reçu son coup de couteau. Dans un cas analogue qui nécessita une résection du nerf écrasé par une fracture (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1884, n° 16, p. 254), la guérison fut complète et plus rapide. Ici la direction de la cicatrice et sa situation laissaient supposer l'intégrité du radial qui, en fait, a dû être piqué.

M. BERNHARDT. La cicatrice de la blessure faite par le couteau lancé à toute volée et aussitôt retombé, siège, en effet, à 3 centimètres en arrière de la cicatrice due à l'intervention opératoire, mais elle est au-dessus du point le plus élevé de cette ligne. En somme, il n'est guère possible de savoir ce qui est advenu du radial mais une paralysie si complète et si grave n'appartient pas à une simple piqûre.

M. BERNHARDT présente une malade atteinte d'accidents faisant penser à une *(altération centrale gliomateuse?) localisée au côté gauche de la moelle cervicale* (Voy. Centralbl. f. Nervenheilk, 1887)[2].

Discussion : M. OPPENHEIM rapporte un cas semblable. Il s'agit d'une femme de vingt ans ayant graduellement et progressivement présenté une atrophie des petits muscles de la main du côté droit, de la parésie de la jambe du même côté avec des accidents spasmodiques, de l'anesthésie de la jambe gauche (analgésie partielle et anesthésie à à l'égard de la température) ; du myosi- avec rétrécissement de la fente palpébrale à droite (lésion du centre ciliospinal), de l'anhidrose du côté droit de la face. Diagnostics

[1] Voy. Revues analytiques.
[2] *Id.*

Gliose de la moitié droite de la moelle cervicale inférieure et dorsale supérieure portant principalement sur la substance grise.

M. Remak a présenté un exemple de ce genre à la Société de médecine intere. Ces types hémilatéraux restant hémilatéraux pendant de nombreuses années sont toujours caractérisés par la co-existence de l'atrophie musculaire et d'une paralysie partielle de la sensibilité du même membre, paralysie généralement très étendue. Dans le cas de M. Oppenheim, le bras atrophié ne présente pas de trouble de sensibilité non plus que l'extrémité supérieure; c'est à l'extrémité inférieure du côté opposé qu'on le rencontre ; il s'agit donc d'une lésion transverse hémilatérale localisée au segment le plus inférieur du renflement cervical, ainsi que dans les deux observations de traumatisme avec hématomyélie hémilatérale décrite par lui il y a plusieurs années.

M. Richter. *De la cyclopie, de l'arhinencéphalie, et d'un cerveau univésiculaire.* — Voici des préparations provenant d'une chèvre cyclopéenne dont le cerveau antérieur secondaire n'avait pas produit (mécanisme du retournement) les nerfs olfactifs et avait donné naissance aux hémisphères sous la forme d'une vésicule unique. Le cerveau antérieur primaire n'avait fourni par retournement qu'un seul nerf optique, unique sur toute l'étendue de son parcours. L'animal possédait un œil avec ses paupières supérieure et inférieure, une rétine, un corps vitré, deux cristallins; le globe oculaire était bridé sur toutes ses faces par des muscles difficiles à disséquer, mais qui étaient innervés par les nerfs correspondants: oculo-moteur commun — oculo-moteurs externe — pathétique. L'unique vésicule hémisphérique remplissait complètement la boîte crânienne; pleine d'un liquide transparent, elle avait une paroi antérieure forte, une paroi postérieure mince. Après l'avoir ouverte, on se trouvait en face des tubercules quadrijumeaux au bord antérieur desquels s'abouchait l'aqueduc de Sylvius: en avant, un organe dont le développement asymétrique quant à ses moitiés, représentait le corps opto-strié. Au milieu de cet organe la vésicule venait s'accoler, marquant ainsi la limite entre les noyaux striés issus du cerveau antérieur et les couches optiques provenant du cerveau intermédiaire. Latéralement et en bas la vésicule hémisphérique fournit un sorte d'arc marginal. Base normale. — Suture frontale ossifiée; le frontal forme en avant un angle aigu ; en arrière la calotte est plus aplatie et forme un plan oblique très escarpé, tête trigonocéphale, à base relativement courte et large. Une seule cavité orbitaire ronde et grande limitée : en bas, par les maxillaires supérieurs, latéralement par les os malaires, en haut par les portions latérales du frontal. Les portions antérieures du frontal, de l'ethmoïde. de la lame criblée, manquent, de même que la portion du præsphénoïde qui siège

en avant du nerf optique et ses ailes orbitaires. Aussi, de l'intérieur du crâne le regard tombe-t-il directement sur les renflements que forment en arrière les maxillaires supérieurs. Ce sont eux qui, presque adossés, constituent le plancher de l'orbite; la limite antérieure de ce plancher est faite par un étroite lisière : absence de choanes, le palatin étant en arrière transversalement obturé. Le nerf optique s'allonge sur ce qui reste du presphénoïde en se dirigeant directement d'arrière en avant; absence des os lacrymaux et nasaux, des cornets du nez, du vomer, des intermaxillaires; aussi le maxillaire supérieur est-il arrondi et non pointu en avant. Partie supérieure du maxillaire inférieur arquée en forme de croc. L'animal, autrement normal, avait été artificiellement nourri au lait pendant neuf jours. La nature ayant pour la formation des nerfs optiques et olfactifs adopté le principe du retournement, la cyclopie résulte de ce qu'un seul des nerfs a été formé par retournement, tandis que dans l'arhinencéphalie il n'y a pas de renversement du tout. Pour que le cerveau demeure univésiculaire, il suffit que la vésicule des hémisphères, simple à l'origine, continue à s'accroître telle quelle sans se diviser en deux hémisphères. Peut-être, comme le veut Dareste, conviendrait-il de tenir compte de l'amnios dans la genèse de cette malformation.

Discussion. M. HADLICH. C'est l'absence de la zone médiane de l'encéphale qui détermine l'étendue de la malformation totale, y compris le non-développement des vésicules.

M. SANDER. Le cas de M. Richter ne permet pas de croire à l'adhérence, à la soudure de deux moitiés.

M. THOMSEN. *Des foyers formés dans les nerfs crâniens par des cellules nerveuses altérées.* Préparations microscopiques empruntées à l'oculo-moteur commun, au facial. De nouvelles recherches lui ont appris que ces foyers, qu'il considérait jadis comme des foyers de dégénérescence circonscrits, appartiennent à un état normal. On les trouve surtout au point où le nerf sort du cerveau; ils sont formés de cellules nerveuses modifiées. C'est au jeune âge que doit remonter le processus, car chez le nouveau-né on ne rencontre que des cellules nerveuses normales, et c'est chez l'adulte et l'enfant de quatre ans qu'on trouve ces foyers à côté de cellules nerveuses isolées.

Séance du 14 novembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. WESPHAL.

M. OPPENHEIM. *De la poliomyélite antérieure chronique.* — Observation très longue avec autopsie et étude histologique confirmatives. C'est décidément la lésion des cornes antérieures de la moelle

et l'atrophie des cellules multipolaires, ici presque totale, qui est le point de départ de la maladie. Dégénérescence modérée des racines antérieures, faible des nerfs périphériques, même dans leurs branches musculaires.

M. REMAK présente un malade atteint de *parésie bilatérale du pathétique*. Homme de vingt-six ans, indemne de syphilis, de tuberculoses présente, depuis des années, des vertiges quand il regarde fortement en haut; depuis un an il présente encore ces accidents sur un sol uni, ainsi que des céphalalgies occipitales, une titubation légère, des troubles peu accentués de la déglutition, de la faiblesse des jambes et des troubles dans l'évacuation de l'urine. A l'examen, on constate un léger vertige pendant la station debout, un peu d'embarras de la déglutition, une exagération considérable du phénomène du genou, une simple esquisse du phénomène du pied. A l'époque de l'admission, le pathétique droit est parésié; l'œil est pris de convulsions nystagmiformes quand il arrive à l'extrémité latérale de sa course, intégrité de la pupille et du fond de l'œil. Graduellement l'évolution des doubles images révèle que les deux pathétiques sont atteints. Vu la disposition anatomique du noyau de ces nerfs et la marche de leurs fibres, il ne peut guère y avoir qu'une lésion fasciculée de leur tronc au niveau de l'entrecroisement connu sous le nom d'entre-croisement pathétique de la valvule de Vieussens. Peut-être, comme l'a vu Nieden, s'agit-il d'une tumeur de la glande pinéale en voie d'accroissement?...

Discussion. M. MENDEL. C'est plutôt un cérébelleux. — M. UHTHOFF. Il y a aussi une double paralysie de l'oculo-moteur externe, M. REMAK ne connaît pas de lésion cérébelleuse (issue du vermis supérieur et comprimant la valvule) dans laquelle on ait noté une parésie bi-latérale du pathétique. Rien ici ne vient plaider en faveur d'une affection cérébelleuse; pas d'accidents témoignant d'une action à distance, aucun phénomène de compression tel que ralentissement du pouls, névrite optique, vomissements.

M. BERNHARDT parle de quelques *paralysies des extrémités supérieures* intéressantes au *point de vue étiologique*. Il s'agit d'un exemple de paralysie du radial et de trois faits de paralysie, soit uni, soit bi-latérale, portant sur tous les nerfs du bras (compression d'une ceinture de voltige et d'un appareil d'Esmarch). Il traite enfin d'une *forme de convulsion musculaire idiopathique*, rappelant le tétanos, mais en différant et occupant l'extrémité supérieure d'une jambe. Sera publié en detail [1]. P. KERAVAL.

[1] V. Revues analytiques.

BIBLIOGRAPHIE

V. *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et sur l'épilepsie cérébrale;* par le Dr François Franck, professeur suppléant au Collège de France. — Octave Doin, éditeur. Paris, 1887.

M. Fr. Franck vient de publier les leçons qu'il a faites ces trois dernières années au Collège de France, tandis qu'il suppléait M. le professeur Marey. Elles sont consacrées à l'*Etude expérimentale des fonctions motrices du cerveau* et reposent sur des recherches entreprises dans le but de vérifier, par les méthodes physiologiques modernes, la grande question des localisations cérébrales. Les matériaux qui ont servi à la rédaction de ces leçons proviennent presque tous de travaux poursuivis en commun par l'auteur et par M. le professeur Pitres (de Bordeaux). C'est dire que le côté clinique de la doctrine localisatrice est loin d'avoir été mis à l'écart; et les avantages de cette combinaison sont manifestes, dans certaines leçons où il s'agit de l'étude des lésions destructives du cerveau. Enfin M. le professeur Charcot a bien voulu présenter au public l'ouvrage de M. Franck. Patronné par de tels maîtres, le livre dont nous allons essayer d'analyser les parties principales sera certainement accueilli avec joie par tous ceux qui s'intéressent à la physiologie et la pathologie cérébrales.

Le plan en est facile à saisir : la première partie est consacrée à l'exposé des principaux faits expérimentaux et cliniques accumulés dans ces dernières années et relatifs aux effets des *excitations et des destructions localisées du cerveau*; la seconde partie contient la *critique des théories*. Les effets moteurs provoqués par l'excitation expérimentale du cerveau ont été analysés de la façon la plus rigoureuse en appliquant à ces recherches la méthode graphique du professeur Marey. En utilisant toutes les ressources que fournit ce précieux procédé, l'auteur a pu étudier une foule de réactions fugitives, quantité de phénomènes qui sans cela seraient passés inaperçus : c'est un grand mérite pour MM. Pitres et Franck d'avoir me-

ployé ainsi ce nouveau moyen d'investigation sur les conseils du professeur Charcot. Les résultats obtenus montrent qu'ils n'ont pas en vain apporté une grande précision dans leurs constatations expérimentales.

Au début, l'auteur rappelle les principaux faits qui servent de base à nos connaissances sur les fonctions motrices du cerveau, résume les recherches de Fritz, Hitzig, Ferrier, etc., et montre, grâce à M. Charcot, l'intervention de la clinique qui vient confirmer pleinement les recherches physiologiques antérieures; puis il expose la topographie motrice cérébrale, d'après la méthode des excitations. Une note intéressante relate les magnifiques opérations récentes et bien connues d'Horsley (de Londres), pratiquées sur l'homme et curieuses à noter parce qu'elles montrent qu'il y a similitude complète entre la topographie motrice du cerveau humain et celle du cerveau des singes supérieurs[1].

On voit qu'il existe à la surface du cerveau une zone excitable entre deux zones non excitables; la première correspond chez les singes et l'homme à la région rolandique, chez les autres animaux à la région sigmoïdienne; la seconde (zone inactive) comprend les lobes frontal et occipital. Par ses recherches personnelles, M. Franck a montré d'abord qu'il existe cinq centres distincts dans le pied de la couronne rayonnante de Reil, faisceaux blancs correspondants à la zone motrice et seuls excitables. Ce sont d'avant en arrière : 1° un centre pour les mouvements bilatéraux d'ouverture des paupières et de dilatation de la pupille; 2° un centre pour les mouvements du membre antérieur du côté opposé; 3° un centre pour les mouvements des deux membres du côté opposé; 4° un autre pour les mouvements du membre postérieur du même côté; 5° enfin un dernier pour les mouvements de l'oreille du côté opposé.

Si maintenant on analyse les mouvements d'origine cérébrale provoqués par les *excitations* électriques soit à la surface des circonvolutions, soit sur la coupe des faisceaux blancs, on constate : 1° lorsque l'excitation est brusque, comme celle due à la rupture ou à la clôture du courant d'une pile, on a une *secousse* brusque, simple; 2° s'il y a une série de clôtures ou de ruptures du courant, on obtient un

[1] Voir *Archives de Neurologie*, 1887.

tétanos plus ou moins complet. Ce tétanos diffère suivant qu'il est fourni par une excitation d'origine corticale ou une excitation d'origine centro-ovalaire; 3° si l'on prolonge l'action, on obtient une convulsion épileptiforme et des réactions organiques. C'est l'étude de ces deux derniers ordres de phénomènes qui constitue les premiers chapitres de la première partie de l'ouvrage. Il faudrait citer surtout les principales réactions organiques constatées sur les organes respiratoires et circulatoires, sur ceux de la sécrétion salivaire, urinaire, biliaire et gastro-intestinale, et les phénomènes oculo-pupillaires. Elles ont été étudiées avec le plus grand soin et de la façon la plus minutieuse. On y trouvera des données nouvelles qui un jour jetteront peut-être un peu de clarté dans l'obscure question de l'épilepsie larvée.

M. Franck passe ensuite à l'examen des résultats fournis par les *lésions destructives*, localisées, du cerveau; mais ici la clinique ne doit pas céder le pas à l'expérimentation, car elle abonde en documents précieux, à l'opposé de ce qui concerne les excitations cérébrales. Les troubles moteurs consécutifs aux lésions expérimentales produites chez divers animaux sur la substance blanche et sur la substance corticale sont étudiés successivement; puis l'auteur s'adresse à l'homme, et alors on entre de plein pied dans le domaine de la pathologie cérébrale. Il expose l'état actuel de la question, tel qu'il ressort des travaux publiés depuis une dizaine d'années, et décrit: 1° la topographie corticale motrice et non motrice, déterminée en se basant sur l'étude des lésions circonscrites; 2° les régions du centre ovale qui correspondent à ces deux portions de l'écorce cérébrale.

La seconde partie de ce volume est consacrée, comme nous l'avons dit, à la *discussion des théories soulevées* par l'étude des fonctions motrices du cerveau. Elle est subdivisée en trois parties qui traitent : la première de l'excitabilité propre de l'écorce cérébrale, la seconde de la nature fonctionnelle des régions excitables, et la dernière des localisations motrices dans le cerveau.

Un appendice, que le physiologiste de profession consultera avec fruit s'il veut se livrer à des recherches analogues, a été placé à la fin de ces leçons. On y trouvera décrite la technique des principales expériences de M. Frank, relatées avec tous les détails désirables.

Marcel Baudouin.

VI. ***Hystérie et traumatisme (paralysies, contractures, arthralgies, hystéro-traumatiques)***; par M. Berbez, Th. Paris, 1887; aux bureaux du *Progrès médical*.

La thèse de M. Berbez est l'exposé de la question de l'*hystéro-traumatisme* dont M. Charcot a récemment doté la pathologie. Des faits de ce genre avaient, il est vrai, été déjà décrits par Brodie et par Reynolds, mais c'est à M. Charcot surtout qu'on doit la connaissance approfondie et l'interprétation ingénieuse des accidents de cet ordre. Il arrive qu'un traumatisme peu intense, négligeable au point de vue chirurgical, ébranle assez certains organismes prédisposés pour déterminer des accidents divers : ce sont les paralysies flasques ou rigides, ou encore les arthralgies, dites psychiques ou hystéro-traumatiques. Au point de vue étiologique il est intéressant de noter la fréquence de ces accidents chez l'homme, alors que les diverses manifestations hystériques se rencontrent de préférence chez la femme. Les paralysies revêtent la plupart des formes connues, hémiplégie, paraplégie, monoplégie, celle-ci étant la plus ordinaire; mais elles sont aussi partielles, et alors frappent des segments de membre. Leurs caractères sont, outre la flaccidité habituelle, l'existence d'une anesthésie complète, absolue, superficielle et profonde, du sens musculaire et des articulations, rayonnant autour des jointures, comme centre quand il s'agit de paralysies segmentaires et limitées par une ligne que sa configuration permet de nommer, avec M. Charcot, *ligne d'amputation*. Du reste, les réactions électriques des muscles sont normales, quelle que soit la durée de la paralysie.

Lors de paralysies rigides, avec exaltation des réflexes tendineux, les membres se contracturent dans la flexion, et très rarement dans l'extension. Les arthralgies ou contractures douloureuses se localisent ordinairement à l'articulation de la hanche, et s'accompagnent d'une zone hypéresthésique des téguments très caractéristiques. Le diagnostic doit être fait d'avec les paralysies organiques d'origine centrale ou périphérique, et sera facilité par la recherche des *stigmates* hystériques sensitifs ou moteurs. Au point de vue pathogénique M. Berbez énonce la théorie proposée par M. Charcot : le traumatisme est perçu par un cerveau déséquilibré par le *shock* lui-même; il occasionne aussi un engourdissement local qui provoque la suggestion de la disparition du membre atteint. Cette notion est acceptée sans contrôle en raison de l'état cérébral que nous avons dit, et il en résulte la suppression de toutes les représentations cérébrales motrices relatives au membre. Le chapitre consacré au traitement rappelle les moyens thérapeutiques dirigés contre l'hystérie en général : médication tonique, hydrothérapie, etc., et conseille de plus des exercices répétés du membre sain. P. B.

SÉNAT

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS

Suite de la séance du jeudi 2 décembre 1886 [1].

M. LE PRÉSIDENT. Nous arrivons à l'article 16.

Quelqu'un demande-t-il la parole sur cet article?

M. PARIS. Je la demande, monsieur le président.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Paris.

M. PARIS. Messieurs, la commission demande, dans l'article 16, que le rapport adressé par un docteur en médecine au procureur de la République sur l'état mental de la personne à placer dans un établissement d'aliénés soit circonstancié. La commission a raison. Il ne suffit pas, pour la sauvegarde de la liberté individuelle, qu'un médecin constate simplement que telle personne est atteinte d'aliénation mentale. Le rapport circonstancié devra indiquer notamment « les phases de la maladie ». Ces expressions supposent que l'état du malade aura compris des périodes successives de recrudescence et d'accalmie, et que le médecin rédacteur du certificat aura fait plusieurs visites, dans lesquelles il les aura constatées. Mais il arrivera fréquemment que la folie, dès son début affectera ce caractère aigu qui rendra nécessaire son internement immédiat, et que le docteur en médecine n'aura vu qu'une fois son malade. Comment décrira-t-il alors des phases qui n'auront pas existé?

La question que je soulève n'a pas seulement d'importance au point de vue de la justice des termes. Si le médecin ne présentait pas « un rapport détaillé conformément aux dispositions ci-dessus », lisons-nous dans le septième paragraphe de l'article 16, il sera passible de « l'une des peines portées à l'article 67 ci-après. » La commission ne trouverait-elle pas bon de remplacer ces mots : « les phases de la maladie » par une expression générale : « la marche de la maladie »? Ce serait, je pense, plus correct au point de vue du texte et de l'application des pénalités!

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. XII, p. 135, 258, 439; t. XIV, p. 135, 307, 421; t. XV, p. 138, 311.

M. le Rapporteur, *de sa place*. Messieurs, je dois dire que ce texte est celui de l'article 16 du Gouvernement. La commission l'avait adopté et n'avait pas cru nécessaire de le modifier sur ce point. Mais il est certain que l'observation de M. Paris est juste. Une maladie, à son début, a des phases qu'il n'est pas possible de décrire. Je disais tout à l'heure à M. Paris : Alors même qu'il y aurait le mot « marche », ce mot serait à peu près l'équivalent de l'autre. Néanmoins, la commission ne fait pas d'opposition à la substitution. Je demanderai à M. le commissaire du Gouvernement, — car c'est le texte du Gouvernement qui est en question, — s'il accepte la substitution proposée par M. Paris.

M. le Commissaire du Gouvernement. Je n'y fais aucune objection.

M. Delsol. Si la folie est aiguë, il n'y a pas plus de marche que de phases!

M. Paris. Il y a toujours, au moins, un pas!

M. de Gavardie. Il reste bien entendu que le parquet ne pourra pas pénétrer dans le domicile privé, même lorsqu'il se sera écoulé un délai de plus de trois mois.

Un sénateur à droite. Cela a été dit!

M. le Président. M. Paris propose de substituer le mot « marche » au mot « phase ». La commission accepte-t-elle la modification? Je voudrais avoir une réponse précise ; je ne puis pas deviner les intentions.

M. Faye. La marche suppose des phases!

M. le Rapporteur. Une maladie marche toujours. Pour qu'il y ait des phases, il faut que la marche ait été assez longue, qu'il y ait eu augmentation ou diminution dans la marche. En pathologie, c'est là précisement le sens du mot « marche ». Je trouve que l'observation de M. Paris est parfaitement juste. Le mot « marche » est peut-être plus médical. Quant au mot « phase », je le répète, il nous avait paru suffisamment clair. Nous l'avions pris dans le texte du Gouvernement, et nous n'avions pas cru qu'il pût prêter à l'équivoque ; il nous avait paru évident que le médecin ne pourrait pas tomber sous le coup de la loi pour n'avoir pas décrit des phases qui n'ont pas existé.

Plusieurs sénateurs. C'est évident!

M. le Rapporteur. Néanmoins, la commission accepte le mot proposé par M. Paris, lequel me paraît, à moi, plus convenable.

M. le Président. La commission accepte le mot « marche » au lieu du mot « phase » ; le Gouvernement ne s'y oppose pas?

M. le Commissaire du Gouvernement. En aucune façon, monsieur le président.

M. de Gavardie. C'est surtout l'article qui ne marche pas! (Rires.)

M. le Président. Je mets aux voix l'article 16, avec le changement proposé par M. Paris. (L'article 16 ainsi modifié est mis aux voix et adopté.)

M. le Président. « Art. 17. — Lorsque les formalités nécessaires pour le placement d'une personne dans un établissement d'aliénés auront été remplies, si cette personne s'oppose par la force à son transport dans cet établissement, le maire ou le commissaire de police doit être requis d'assurer son transport. Le fonctionnaire ainsi requis doit faire procéder à l'exécution du placement, en prenant les précautions voulues pour éviter des accidents. Il dresse un procès-verbal des faits et le transmet, dans les vingt-quatre heures, au procureur de la République. Ces dispositions s'appliquent aux placements effectués sur demande des particuliers et aux placements ordonnés par l'autorité publique. Il est procédé de même dans le cas de réintégration après évasion prévu par l'article 53 ci-après. » — (Adopté.)

« Art. 18. — Toute personne majeure qui, ayant conscience de son état d'aliénation mentale, demande à être placée dans un établissement d'aliénés, peut y être admise sans les formalités prescrites par l'article 16. Une demande signée par elle est suffisante. Si elle ne sait pas écrire, la demande est reçue conformément aux prescriptions du paragraphe 3 de l'article 16. La personne ainsi admise est soumise aux prescriptions de l'article 20 ci-après, et aux autres dispositions de la présente loi concernant les placements faits sur demande des particuliers. » — (Adopté.)

« Art. 19. — Nul ne peut être conduit à l'étranger pour être placé dans un établissement d'aliénés, ni être traité à l'étranger comme aliéné, sans que, dans le délai d'un mois à partir du jour du placement, la déclaration n'en soit faite par la personne qui l'a provoqué au procureur de la République, du domicile du malade.

« Nul étranger conduit en France pour être placé dans un établissement d'aliénés ne peut être admis dans cet établissement sans une demande et sans un certificat médical, légalisés dans son pays d'origine ou par un représentant diplomatique de ce pays en France. Si la demande et le certificat ne sont pas écrits en français, il y est joint une traduction française certifiée conforme.

« Dans les trois jours de la notification de ce placement, faite conformément au paragraphe 2 de l'article 20 ci-après, le préfet en donne avis au représentant diplomatique du pays d'origine de la personne placée. Le même avis de placement, doit être donné, dans le même délai, au représentant diplomatique du pays d'ori-

gine de tout étranger résidant ou de passage en France, dont l'état d'aliénation aurait exigé le placement conformément aux termes, soit de l'article 16, soit de l'article 29 de la présente loi. »

M. le Rapporteur. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. M. le commissaire du Gouvernement demande que le paragraphe où il est dit : « Le préfet en donne avis au représentant diplomatique du pays d'origine de la personne placée », soit ainsi rédigé : « Le préfet en donne avis au Gouvernement, qui prévient le représentant diplomatique du pays d'origine de la personne placée. » Le Gouvernement désire que le préfet l'avise directement.

M. Tenaille-Saligny. Il est évident qu'un préfet ne peut pas avoir de rapports directs avec un représentant diplomatique étranger !

M. le Président. Le Sénat a entendu la modification qui est demandée par la commission, d'accord avec le Gouvernement, au paragraphe 3 de l'article 19. Au lieu de : « Le préfet en donne avis au représentant diplomatique du pays d'origine, etc. », ce texte doit porter : « Le préfet en donne avis au Gouvernement, qui prévient le représentant diplomatique du pays d'origine, etc. » Quelqu'un demande-t-il la parole ?

M. de Gavardie. Je la demande, si personne ne la demande. (Rires et exclamations à gauche.)

M. le Président. La parole est à M. de Gavardie.

M. de Gavardie. Messieurs, je demande la suppression de cet article. C'est encore une innovation. Je voudrais qu'on me dît, non pas par ces déclarations générales qui ne prouvent absolument rien, mais par des faits précis, quels sont les inconvénients révélés par l'application de la loi de 1838 relativement au placement d'aliénés en pays étranger. Comment ! vous voulez empêcher une famille de dépayser un de ses membres malades dans les conditions terribles que vous savez ? Mais c'est souvent le seul moyen d'assurer précisément le secret de cette situation lamentable, qui a des conséquences sociales quelquefois épouvantables ! Les voyages, messieurs, c'est par excellence un traitement curatif pour les aliénés. Ils sont bons même pour les personnes dont l'esprit est sain ; ils sont surtout excellents pour les malheureux atteints de maladies mentales. Et vous empêchez ces voyages...

A gauche. Pas du tout.

M. de Gavardie... ou vous les rendez plus difficiles, ce qui revient au même, en définitive. Comment ! j'aurais besoin de

faire une déclaration au procureur de la République pour placer mon enfant, ou ma femme, ou ma sœur dans un asile étranger. Vous nous vantez les asiles étrangers; vous nous dites qu'ils offrent plus de garanties que les asiles français, — ce que je conteste, — mais vous au moins vous ne devriez pas vous épouvanter de ce qu'il soit permis à une famille de placer dans un de ces établissements un de ses membres qui est l'objet de leur sollicitude et de leur dévouement.

Après tout, est-ce que ces asiles étrangers, s'ils ne sont pas supérieurs aux asiles français, ne sont pas encore bien administrés et n'offrent pas des garanties très certaines? Assurément si, ils offrent des garanties suffisantes. Et d'ailleurs, est-ce que la famille ne saura pas choisir?... Je dis que cet article est mauvais, qu'il n'est justifié par aucun précédent sérieux, et je vous demande de le rayer.

M. LL RAPPORTEUR *se lève pour répondre.*

Voix nombreuses à gauche. Aux voix! aux voix!

M. DE GAVARDIE. Que prouvent ces mots : Aux voix! Il faut répondre!

M. LE RAPPORTEUR. Je demande la parole.

A gauche. Non! Ne répondez pas!

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Assurément, messieurs, les voyages peuvent être un moyen de traitement quelquefois. Mais l'article ne vise pas les voyages à l'étranger, il vise des faits et des faits nombreux. Les délégués de la commission ont été témoins de faits lamentables à l'étranger, de Français oubliés, abandonnés dans des asiles de Belgique; ces malades, venus d'abord dans des conditions d'aisance et de luxe, avaient été bien traités au commencement, puis abandonnés par la suite. Ces faits, dont nous avons été témoins, existent non seulement en Belgique, mais ailleurs; — M. Testelin sait ce qui se passe du côté de la Belgique — on envoie les malades en voyage dans ce pays pour s'en débarrasser.

Nous en avons trouvé également en Angleterre, dans tous les grands asiles, et les autorités du pays à qui ils appartiennent, pas plus que celles du pays où ils sont internés ne savent dans quelles conditions se trouvent ces aliénés. (Marques d'approbation.) Il y a eu, à cet égard, des plaintes nombreuses, et, aujourd'hui, quand on revise la loi sur les aliénés, comme les facilités de transport à l'étranger se sont multipliées, on commence, dans les lois nouvelles, à introduire des dispositions destinées à empêcher le renouvellement de ces faits malheureux dont je viens de parler. Lorsqu'on voit ces lois se perfectionner à l'étranger, lorsque plusieurs cantons de la Suisse, lorsque le Luxembourg prennent des me-

sures de ce genre, il est bon que la France imite ces exemples. Il s'agit donc simplement de mesures qui fassent que ces malheureux ne puissent plus tomber dans la condition que je viens de rappeler et qui permettent aux autorités de leur pays de connaître leur sort et de les tirer de la situation déplorable où ils se trouvent. (Très bien ! à gauche. — Aux voix !)

M. DE GAVARDIE. Je demande la parole. (Réclamations à gauche.)

M. SCHEURER-KESTNER. Voilà ce que c'est que de répondre !

M. DE GAVARDIE. Voilà ce que c'est que de répondre ? J'avais parfaitement le droit de monter à la tribune pour répondre à des observations de M. le rapporteur. Par conséquent, vous n'aurez pas cela à ajouter à votre nouveau règlement — dont vous avez pris l'initiative, à cause de moi — il est de le dire en passant... (Rires à gauche.)

M. TESTELIN. Cela ne plaide pas en votre faveur !

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur de Gavardie, veuillez vous tenir dans la discussion de l'article 19.

M. DE GAVARDIE. Mais, monsieur le président, il y a, à mon égard, un système de provocation de ce côté !... (L'orateur désigne la gauche.)

M. SCHEURER-KESTNER. Est-ce une personnalité ?

M. DE GAVARDIE. Oui, c'est une personnalité !

M. SCHEURER-KESTNER. C'est bien, monsieur !... Malheureusement, on ne vous trouve pas dans ces cas-là.

M. DE GAVARDIE. Vous me trouverez quand vous voudrez ! Si monsieur le président veillait un peu plus... (Vives réclamations à gauche et au centre.)

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur de Gavardie, je ne vous permets pas de reproches à mon endroit. Il n'y a pas de président au monde qui fasse ce que je fais à votre égard. (Marques nombreuses d'approbation.)

A gauche. C'est vrai ! très bien !

M. DE GAVARDIE. Je ne m'en aperçois guère. (Exclamations.

Un sénateur à gauche. Nous nous en apercevons, nous !

M. DE GAVARDIE. Et, pour le dire en passant, monsieur le président, vous avez, contrairement à tous les précédents, laissé figurer au *Journal officiel* des choses qui ne peuvent pas atteindre un homme comme moi, mais que vous n'auriez pas dû tolérer.

M. LE PRÉSIDENT. Je vous rappelle encore une fois à la discussion de l'article 19, monsieur de Gavardie.

M. de Gavardie. J'y arrive! Messieurs, je demande que cet article soit renvoyé à la commission, et je le demande pour que M. le ministre des affaires étrangères soit entendu. Si les abus dont parle M. le rapporteur existent véritablement, il doit y en avoir trace dans nos relations diplomatiques avec la Belgique dont on a parlé, et avec l'Angleterre dont on a parlé également. Ces inconvénients, ces abus, j'en nie la réalité.

M. Emile Lenoel. Il y en a dont l'existence a été démontrée dans des causes judiciaires portées devant la cour de Paris.

M. de Gavardie. Vous ne pouvez donc pas statuer, messieurs, tant que vous n'aurez pas entendu M. le ministre des affaires étrangères.

M. le Président. M. de Gavardie demande le renvoi de l'article 19 à la commission. Je consulte le Sénat. (Le renvoi n'est pas prononcé.)

M. le Président. Je mets cet article aux voix avec la modification au paragraphe 3 proposée par le Gouvernement et acceptée par la commission. (L'article 19 ainsi modifié, mis aux voix, est adopté.)

M. le Président. Je vais donner lecture de l'article 20.

M. Testelin. Il y aura une discussion sur cet article, monsieur le président; je demande le renvoi à la prochaine séance. (Appuyé !)

M. le Président. Il n'y a pas d'opposition ?... La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

(A suivre.)

VARIA

ETAT RÉCAPITULATIF DES TRAITEMENTS DES INTERNES DANS LES DIVERS ASILES D'ALIÉNÉS EN FRANCE.

NOMS DES ASILES	DÉPARTEMENTS	TRAITEMENTS	
Montdevergues.	Vaucluse.	600 fr.	
Limoges.	Haute-Vienne.	600	
Cadillac.	Gironde.	600	
Bourges.	Cher.	600	
Vannes.	Morbihan.	700	Traitement. . 600 fr. Gratification. 100[1]
Sainte-Gemmes.	Maine-et-Loire.	700	([1] Va être porté à 800.)
Sainte-Méen	Ille-et-Vilaine.	700	
La Roche-Gandon.	Mayenne.		
Saint-Pierre.	Bouches-du-Rhône.		
La Roche-sur-Yon.	Vendée.		
Saint-Lizier.	Ariège.		
Saint-Dizier.	Haute-Marne.		
Quimper.	Finistère.		
Châlons-sur-Marne	Marne.		
Auxerre.	Yonne.		
Dijon.	Côte-D'Or.	800	
Sainte-Anne.	Paris.		
Dôle	Jura.		
Izeure.	Allier.		
Clermont.	Oise.		
Evreux.	Eure.		
Rhodez.	Aveyron.		
Grenoble.	Isère.		
Le Mans.	Sarthe.	900	
Auch.	Gers.	900	Traitement. . 600 fr. Gratification 300
Bonneval.	Eure-et-Loir.	1,000	
Prémontré.	Aisne.	1,000	
Saint-Venant.	Pas-de-Calais.	1,000	
Vaucluse.	Seine.	1,100	
Villejuif.	Seine.	1,100	
Lafond.	Charente-Inférieure	1,100	Traitement. . 800 fr. Gratification. 300
Ville-Evrard.	Seine.	1,100	
Armentières.	Nord.	600 700 800 fr.	
Toulouse.	Haute-Garonne.	700 800	
Alençon.	Orne.	700 800	
Quatre-Mares.	Seine-Inférieure.	700 800 900	
Saint-Yon.	Id.	700 800 900	
Bassens.	Savoie.	800 900	
Bron.	Rhône.	600 800 1,000	
Pau.	Basses-Pyrénées.	800 1,000	
Maréville.	Meurthe-et-Moselle.	600 700 800 1,000	
Saint-Alban.	Lozère.	1,200	

Récapitulation :

4	asiles donnent	600 fr.			
3	—	700			
16	—	800			
3	—	900			
3	—	1,000			
4	—	1,100			
1	—	600	700	800	
2	—	700	800		
2	—	700	800	900	
1	—	800	900		
1	—	600	800	1,000	
1	—	800	1,000		
1	—	600	700	800	1,000
1	—	1,200			

Par arrêté de M. le préfet de la Gironde, à partir du 1er avril 1888, les internes des asiles de Bordeaux et de Cadillac (Gironde) toucheront 600 fr. la première année, 700 fr. la deuxième et 800 fr. la troisième.

Hopitaux pour les intempérants en Amérique

Le Dr T.-D. Crothers, éditeur du *Journal of Inebriety*, a publié dans le *Medical and surgical Reporter* (12 nov. 1887), de Philadelphie, un résumé de la question de l'*Hospitalisation des intempérants en Amérique*. En 1809, le Dr Benjamin Rush déclare que l'ivrognerie est une maladie et qu'il serait nécessaire de fonder dans chaque principale ville un hôpital pour son traitement. Mais c'est au Dr L.-E. Turner que revient l'honneur d'avoir fait passer cette idée dans le domaine de la pratique. Ce praticien a, le premier, organisé un hôpital d'intempérance. Après huit années d'efforts constants et malgré une grande opposition, il réussit à attirer l'attention de plusieurs grands médecins et à former une société avec le fameux chirurgien Valentin Mott comme président, pour construire le premier hôpital. Des lois furent votées pour leur permettre d'avoir des pensionnaires et bientôt on souscrivait 250,000 francs pour l'achat du terrain et la construction. Dix ans plus tard, en 1864, on inaugura un magnifique hôpital à Binghampton (New-York). Plus tard, le feu détruisit une partie des bâtiments qu'on ne tarda pas à reconstruire. C'est alors qu'eut lieu un différend entre le conseil d'administration et le fondateur qui donna sa démission et l'hôpital fut remis à l'Etat. Entre les mains des hommes politiques, l'hôpital, après une série de malheurs, fut transformé en asile pour les aliénés chroniques. Le fondateur, le

Dr Turner qui avait imaginé et construit cet hôpital, lui avait consacré pendant un quart de siècle son temps, ses efforts et sa propre fortune, partagea le sort des réformateurs et des bienfaiteurs de l'humanité et tomba en disgrâce.

Bientôt il se produisit une réaction dans l'enthousiasme qui s'était manifesté pour l'hôpital de Binghampton et les moralistes qui, dès le principe, s'étaient opposés au mouvement comme étant un « effort infidèle » pour diminuer la responsabilité humaine, usèrent de tous les moyens pour répandre l'insuccès et anéantir tous les autres efforts faits dans le même but. Mais le caractère pratique de cette idée avait jeté de profondes racines dans l'esprit public et bientôt une douzaine d'autres hôpitaux furent fondés en Amérique.

Parmi ces hôpitaux, beaucoup furent convertis en asile pour les maladies du système nerveux, surtout à cause du manque d'expérience dans l'aménagement et le traitement, comme nécessairement cela se produit pour toutes les entreprises nouvelles. Une trentaine de ces hôpitaux existent encore en Amérique, d'autres ont caché leur spécialité sous le nom d'asiles pour les maladies nerveuses.

Il n'y a pas moins de deux mille intempérants dans les hôpitaux d'Amérique, plus de mille sont dans les hôpitaux spéciaux. Ils représentent dans une mesure très large les cas incurables; ce sont des victimes de l'ivrognerie qui à la suite de cinq à trente ans d'excès présentent les degrés les plus complexes et les plus variés de la dégénérescence physique et mentale. Malgré cela, les résultats obtenus dans les hôpitaux scientifiques spéciaux sont très encourageants. Les statistiques portant sur plus de trois mille cas indiquent une moyenne de 40 p. 100 de guérison maintenue après la sortie de l'hôpital pendant une période de six à huit ans. Le contrôle légal et la législation des intempérants sont imparfaits en Amérique.

La plupart des hôpitaux spéciaux sont organisés par des compagnies privées qui reçoivent de temps en temps un secours de l'Etat. Quelques-uns reçoivent des dons ou des lits des Etats. D'autres vivent sur le prix que paient les malades, ou de donations privées. Très peu de pauvres sont reçus dans ces maisons. L'Etat de Connecticut avait projeté un hospice pour les criminels intempérants dont l'emprisonnement était de trois ans, mais le manque d'argent a empêché la réalisation de ce projet.

L'étude exacte et scientifique de l'ivrognerie a révélé des faits et des conclusions qui ont soulevé des discussions amères parmi ceux qui en avaient d'abord proclamé l'exactitude. En 1878, il se forma une société qui avait rapport aux asiles d'intempérance ou qui s'intéressait à la question; c'était l'Association américaine pour la guérison des intempérants. Cette association s'est réunie

tous les ans ou tous les six mois depuis et ses communications et ses transactions formèrent la première littérature sur le sujet. En 1877, fut fondé le *Journal of Inebriety*, organe de l'Association et c'est par cet organe que furent publiées presque toutes les études sur ce sujet en Amérique. La curabilité de l'intempérance en des hôpitaux spéciaux a été le but principal de l'association. Les docteurs Parrish et Wright ont publié des ouvrages spéciaux sur l'intempérance, qui ont donné une grande impulsion à l'étude scientifique de ce sujet.

Le Dr Crother termine son article par les conclusions suivantes: L'histoire du mouvement qui s'est produit en Amérique pour la fondation des hôpitaux spéciaux a passé par les trois phases régulières de tout progrès; d'abord la propagande, ensuite l'opposition et enfin le succès. Des hôpitaux scientifiques pour la cure de l'ivrognerie sont institués ; mais il existe encore des institutions et des méthodes empiriques. Une grande partie du public, ne se contentant plus des remèdes moraux, fait appel aux médecins avec une conviction croissante que, de ce côté, on trouvera le vrai remède contre le mal. On doit étudier le sujet en dehors de toute opinion ou théorie métaphysique jusqu'à ce que la curabilité ou la prophylaxie du mal soit devenue une réalité pratique. On réclame partout des lois sur l'intempérance permettant sa guérison et des règlements assurant le service régulier des hôpitaux spéciaux, et on espère que le temps n'est pas éloigné où on pourra prendre un ivrogne chez lui ou dans la rue pour le placer en quarantaine dans un hôpital spécial, comme s'il était atteint d'une maladie infectieuse. ROBERT SOREL.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Nominations* : M. le Dr Cortyl, directeur de l'asile public de Bailleul, est nommé directeur-médecin en chef (arrêté du 16 mars 1888). — M. le Dr Malfilatre, ancien interne des asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé médecin-adjoint à Bailleul (poste créé) (arrêté du 16 mars 1888). — M. le Dr Nicouleau, interne de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, est nommé médecin-adjoint à Saint-Yvon en remplacement du Dr Martinenco, précédemment promu médecin en chef et compris dans la deuxième classe. — M. le Dr Ramadier, médecin-adjoint de l'asile public de Lafond (Charente-Inferieure), est nommé aux

mêmes fonctions à l'asile de Vaucluse, en remplacement de M. Rey (arrêté du 12 avril).

Promotions. — Sont promus à partir du 1er janvier : à la première classe, M. le Dr TAULE, directeur de Sainte-Anne ; à la deuxième classe, M. le Dr BRIAND, médecin en chef à l'asile de Villejuif (arrêté du 29 mars). — A la classe exceptionnelle à partir du 1er mars : M. le Dr CHAMBARD, médecin-adjoint à l'asile de Ville-Evrard (arrêté du 29 mars).

ASILE D'ALIÉNÉS DE MARSEILLE. — Jeudi soir a eu lieu, à la grande joie des pensionnaires de l'établissement, le concert que nous avons annoncé. La gracieuse Mlle Clary, Mlle Berthaud, Mme Dick et M. Volnay, dans *Dormez Grand'Mère*, le joli acte de M. Castelain, des Variétés ; la toute séduisante Mlle Miller, le joyeux comique de Beer et M. Lebreton, du Gymnase : le dessus du panier de l'opérette à Marseille ; M. Fronti, du Grand-Théâtre, prêtaient le gracieux concours de leur talent. M. Francescati, un violoniste de beaucoup de mérite, et M. Latombe, l'excellent chef d'orchestre du Gymnase, au piano, complétaient un ensemble parfait. L'orphéon des malades de l'asile et deux pensionnaires MM. A... et X..., ont eu aussi leur grande part du succès. Toutes nos félicitations à ces aimables artistes. C'est une bonne action de plus à l'actif de leur généreuse phalange. Il sont de ceux qui donnent sans compter. Un lunch plein de gaîté a terminé cette charmante fête. (*Petit Provençal*, 18 mars.)

— Lundi soir, 14 mai, a eu lieu à l'asile des aliénés, le dernier concert de la saison. De nombreux artistes, parmi lesquels deux pensionnaires de la maison, se sont fait chaleureusement applaudir par les malades et les invités du directeur : M. le Dr Dubief. (*Petit Provençal.*)

LE SECRET PROFESSIONNEL. — Le tribunal civil de Dôle vient de juger une affaire qui a eu un certain retentissement dans le Jura. Voici, en quelques mots, le résumé des faits : Le Dr R... tient à Dôle une maison de santé. Il a eu comme pensionnaire, du 31 mai au 6 juin 1887, une dame X..., qui parvint à s'évader après dix jours de traitement.

Après son évasion, Mme X... fut soumise à l'examen de trois spécialistes, conformément à une ordonnance du tribunal de Dôle. Ces trois médecins déclarèrent, dans leur rapport, que Mme X... ne devait pas être réintégrée dans la maison de santé du Dr R..., son état ne présentant aucun danger pour la société.

Le Dr R... fit alors paraître une brochure intitulée : *Observations sur la manie raisonnante*, dans laquelle Mme X... était suffisamment désignée pour que le parquet poursuivit d'office l'auteur pour violation du secret professionnel. C'est dans ces conditions que

l'affaire est venue devant le tribunal de Dôle. M. Billot, procureur de la République, a requis une condamnation.

Me Rougé, du barreau de Dijon, soutenait les intérêts de Mme X..., qui s'était portée partie civile. Le Dr R..., qui, dit-on, s'était tout d'abord adressé à Me Thévenet, député du Rhône, était défendu par Me Harent, du barreau de Lyon. Le tribunal, reconnaissant le Dr R... coupable du délit de violation du secret professionnel, l'a condamné à 200 francs d'amende et 2,000 francs de dommages-intérêts.

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Rivista de nevrologia e psychiatria*, publiée à Lisbonne par le Dr Rodriguez Bettencourt, membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris. C'est le premier journal de ce genre fondé en Portugal, de même que le cours de pathologie mentale et nerveuse, créé il y a deux ans à l'asile d'aliénés de Lisbonne, par M. Bettencourt, est le premier qu'on professe en Portugal sur cette branche de la médecine. Nous souhaitons la bienvenue à la *Revista de nevroglia e psychatria*, persuadé d'avance qu'elle aura le plus grand succès.

Avis aux Auteurs et aux Editeurs. — Tout ouvrage dont il nous sera envoyé un seul exemplaire sera annoncé. Il sera fait, s'il y a lieu, une analyse de tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires.

Bourru (H.) et Burot (P.). — *Variations de la personnalité.* Volume in-18 de 316 pages avec 13 photographies. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1888. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

Chazarain et Dicle. — *Les courants de la polarité dans l'aimant et le corps humain.* Base scientifique de l'électricité dans les maladies rhumatismales, nerveuses, mentales, etc. Volume in-8° de 99 pages. — Paris, 1887. — Chez les auteurs.

Combemale (F.). — *La descendance des alcooliques.* Volume in-8° de 213 pages. — Montpellier, 1888. — Imprimerie centrale du Midi.

Cullerre (A.). — *Les Frontières de la folie.* — Volume in-18 de 360 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1888. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

Féré (Ch.). — *Dégénérescence et criminalité.* Essai physiologique. Volume in-12 de 179 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1888. — Librairie F. Alcan.

Krafft-Ebing (R. V.). — *Lehrbuch der psychiatrie auf Klinischer grundlage fur Praktische arzte und Studirende*, 3e édition. Volume in-8° de 735 pages. — Stuttgard, 1888. — Verlag von F. Enke.

Moreau (de Tours). — *La folie chez les enfants.* — Volume in-18 de 444 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1888. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

Moricourt (J.). — *Manuel de métallothérapie et de metalloscopie*, appliquées au traitement des maladies nerveuses, au diabète et aux maladies épidémiques. Burquisme et magnétisme animal (grand et petit hypnotisme). — Volume in-18 de 244 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Paris (A.). — *De la mélancolie.* Brochure in-8° de 55 pages. — Châlons-sur-Marne, 1887. — Imprimerie-librairie Le Roy.

Regnault (P.). — *Bourbon-l'Archambault, ses eaux minérales et ses nouveaux thermes. — Guide pratique et médical du baigneur et du médecin.* — Brochure in-8° de 106 pages. — Prix : 2 fr. Paris, 1886. — Librairie G. Masson.

Remak (E.). — *Electrodiagnostik und elektrotherapie.* — Brochure in-8° de 94 pages. — Wien und Leipzig, 1886. — Urban et Schwarzenberg.

Ricardo Jorge. — *De l'électrométrie et de l'électro-diagnostic à propos de la paralysie faciale de Ch. Bell.* Volume in-8° de 94 pages avec 2 planches hors texte. Paris, 1888. — Librairie O. Berthier.

Schule (H.). — *Traité clinique des maladies mentales*, 3e édition (1886). Traduite par les docteurs J. Dagonet et Duhamel, revue et augmentée par l'auteur, avec une préface du docteur H. Dagonet (1er fascicule). — Volume in-8° de 220 pages. — Paris, 1888. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Seguin (E.-C.) — *A contribution to the pathology of hemianopsia of central origin (cortex-hemianopsia).* — Brochure in-8° de 38 pages. — New-York, 1886. — *Journal of nervous and mental diseases.*

Soares dé Souza. — *Estudo clinico da ataxia hereditaria de Friedreich.* Volume in-8° de 126 pages. Rio-de-Janeiro, 1888. — Imprunsa nacional.

Stewart (R.-S.). — *Observations on the spinal cord in the Insane.* — Brochure in-8° de 79 pages, avec figures. — Glascow, 1886. — Printed by Alex. Macdougalt.

Avis a nos Lecteurs. — *Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur la* discussion, au Sénat, de la nouvelle loi sur les aliénés. *En reproduisant ces débats, nous croyons être agréable à tous les médecins des asiles d'aliénés, de quelque nationalité qu'ils soient. De plus, nous insérerons dans la mesure du possible, les lettres commentant ou critiquant cette discussion qu'ils voudraient bien nous adresser. — Enfin, nous prions ceux d'entre eux dont l'abonnement est expiré* avec ce numéro, *de bien vouloir nous adresser le montant de leur réabonnement.*

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS



Fig. 1 Fig. 2

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE PREMIÈRE

DÉFORMATIONS PARTICULIÈRES DU TRONC CAUSÉES PAR LA SCIATIQUE

PLANCHE II

DEFORMATIONS PARTICULIÈRES DU TRONC CAUSÉES PAR LA SCIATIQUE



Fig. 1 Fig. 2

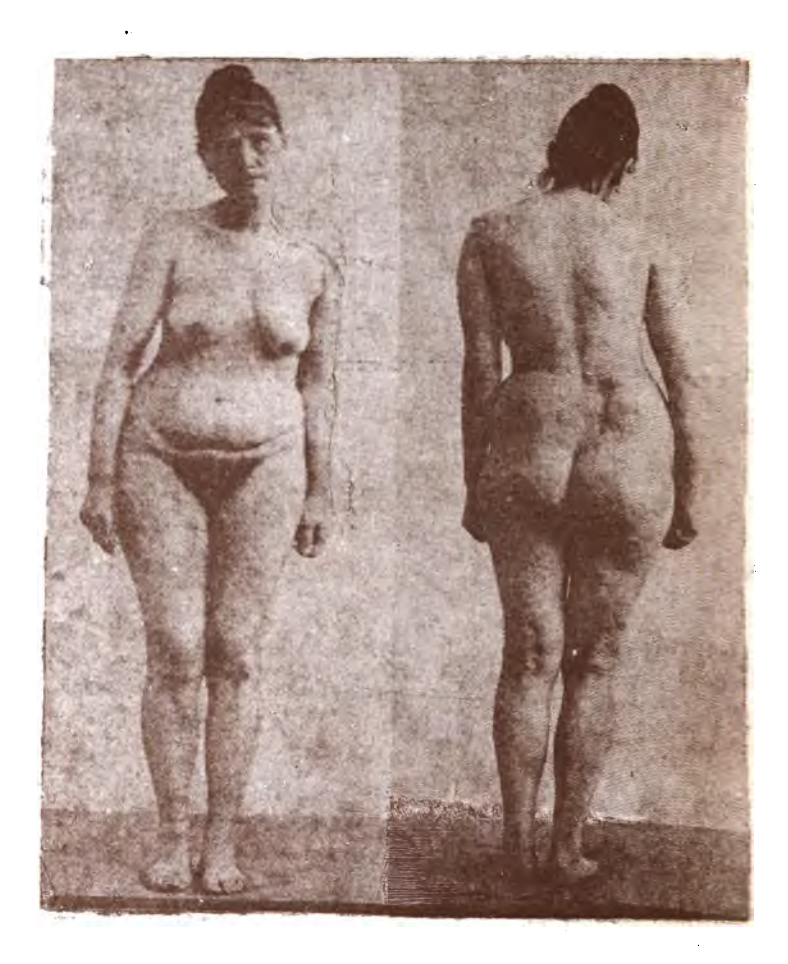


Fig. 1 Fig. 2

PLANCHE III

DÉFORMATIONS PARTICULIÈRES DU TRONC CAUSÉES PAR LA SCIATIQUE

PLANCHE IV

DÉFORMATIONS PARTICULIÈRES DU TRONC CAUSÉES PAR LA SCIATIQUE



Fig. 1 Fig. 2

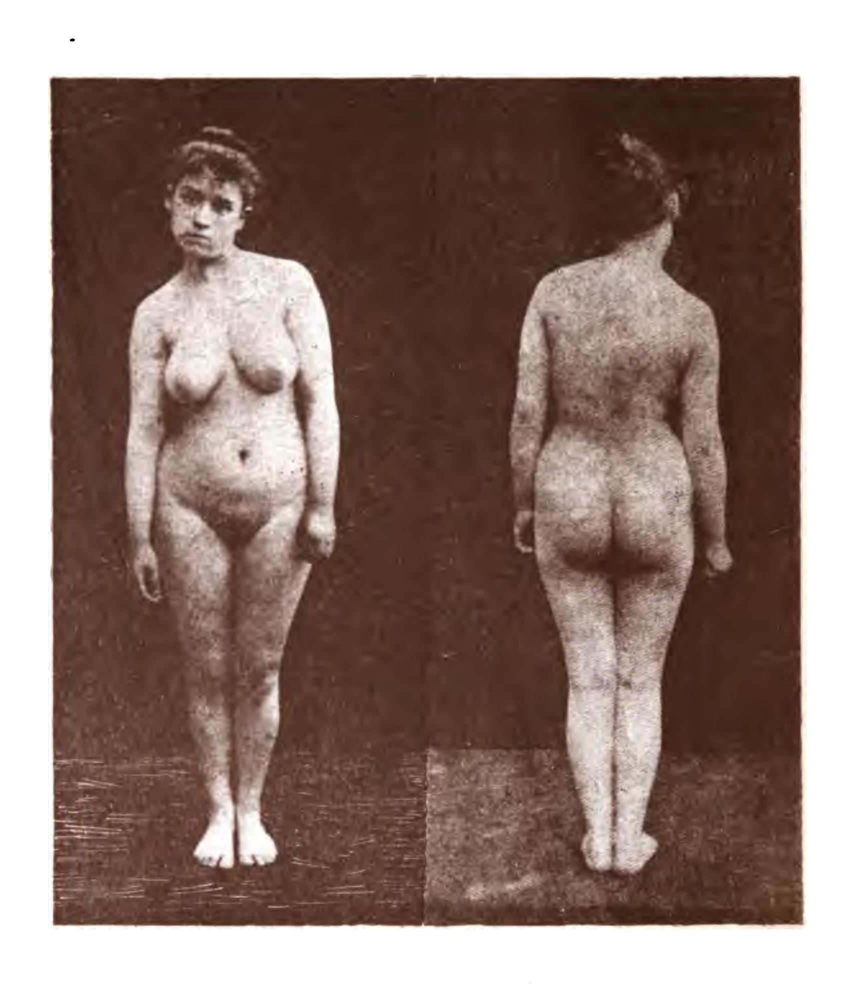


Fig. 1 Fig 2

PLANCHE V

DÉFORMATIONS PARTICULIÈRES DU TRONC CAUSÉES PAR LA SCIATIQUE

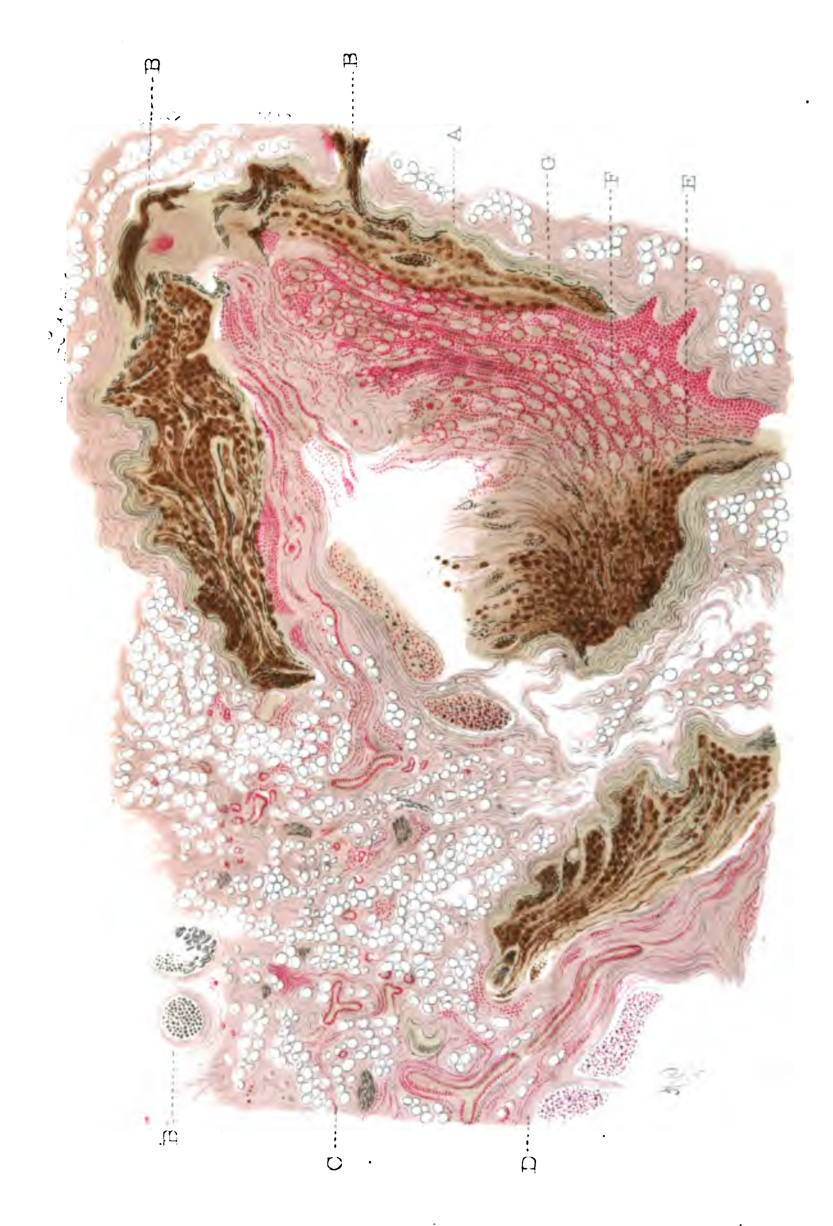
PLANCHE VI

DES ÉPHIDROSES DE LA FACE

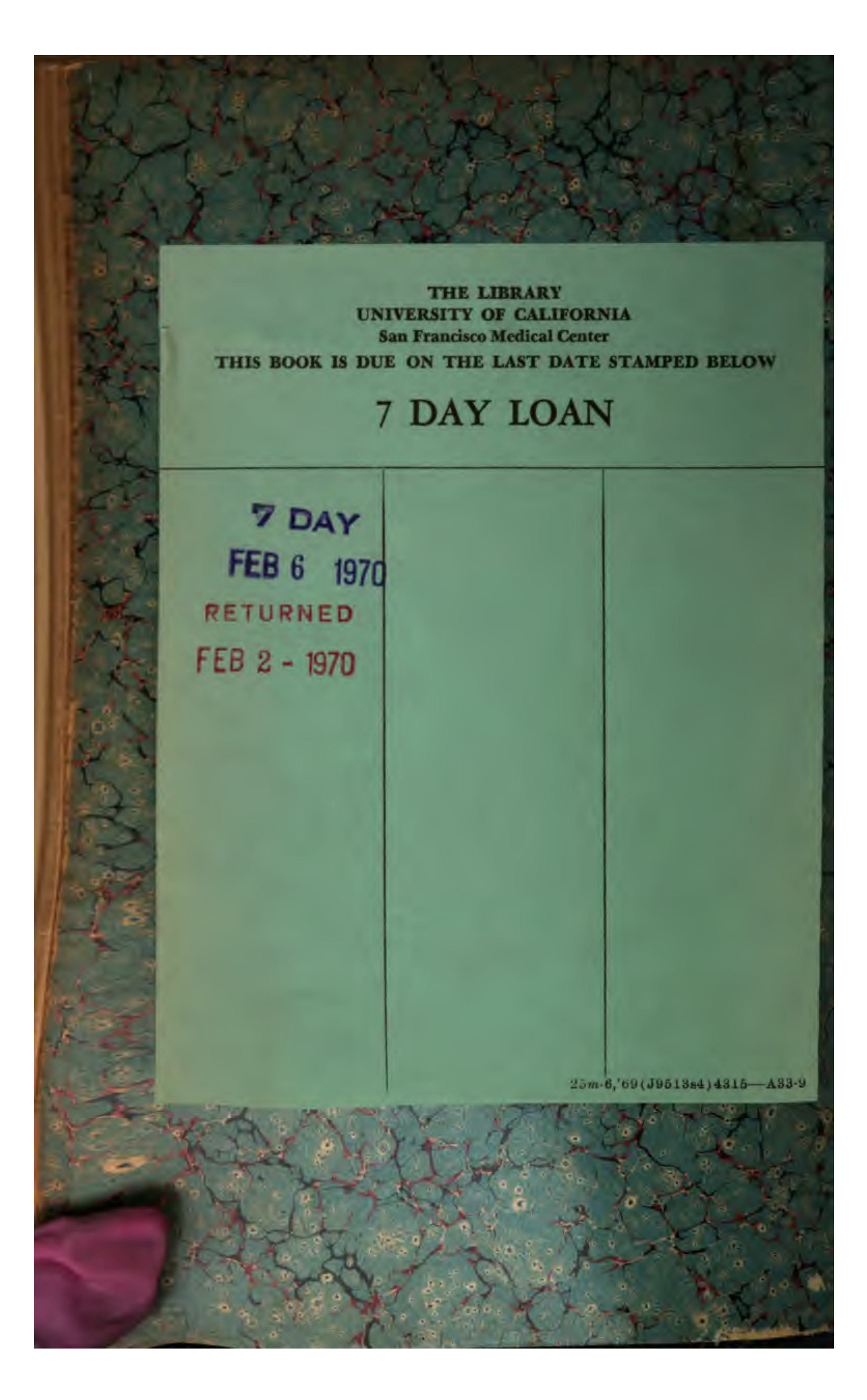
Coupe du ganglion cervical inférieur du grand sympathique.

A. Enveloppe fibreuse du ganglion.
B. Tubes nerveux intéressant le ganglion.
C. Tissu cellulo-adipeux et vaisseaux.
D. Cloisonnements partant de l'enveloppe et entourant des cellules ganglionnaires.
E. Cellules normales du ganglion.
F. Prolifération embryonnaire comprimant.
G. Les cellules malades du ganglion.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 588.



Imp. Becquet fr. Paris.


THE LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA
San Francisco Medical Center
THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW
7 DAY LOAN
7 DAY
FEB 6 1970
RETURNED
FEB 2 - 1970
25m-6,'69(J9513s4)4315—A33-9


v.15 Archives de neurologie.
1888
8996
MAR 10 1948
FEB 26 1948
8996
Library of the
University of California Medical School an

